BIOÉTICA EM CIRURGIA NA AMAZÔNIA:

CONCEITOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

Atena Editora

Ano 2023

BIOÉTICA EM CIRURGIA NA AMAZÔNIA:

CONCEITOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

Atena Editora
Ano 2023

Emanuelle Costa Pantoja
José Antonio Cordero da Silva

Bioética em cirurgia na Amazônia: conceitos, percepções e práticas

Diagramação: Nataly Evilin Gayde
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Emanuelle Costa Pantoja
José Antônio Cordero da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B615 Bioética em cirurgia na Amazônia: conceitos, percepções e práticas / Organizadores Emanuelle Costa Pantoja, José Antônio Cordero da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1937-2
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.372232310

1. Bioética. 2. Cirurgia. 3. Amazônia. I. Pantoja, Emanuelle Costa (Organizadora). II. Silva, José Antônio Cordero da (Organizador). III. Título.

CDD 344.810411

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra a Deus, ao Bem, à Luz que nos faz triunfar mesmo diante dos íngremes caminhos, dos inimigos visíveis e invisíveis. Dedico aos meus pais, Carmen Lúcia e Augusto Pantoja, que não mediram esforços a partir das adversidades para me ofertar o melhor que podiam. Aos meus irmãos, Augusto Cézar e Fábio Augusto Pantoja, por sempre estarem ao meu lado, encorajando-me nos momentos difíceis e celebrando comigo nos momentos de alegria. Ao Sérgio Antônio Filho, que não permitiu que eu desistisse – ainda que o impossível se fizesse presente – e que buscou, para além das próprias forças, proteger minha Vida incansavelmente. Dedico a cada pessoa da Amazônia que sonha, cria e luta. Comece e recomece!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que sempre respondeu às minhas preces, norteou meu caminho e enviou anjos para protegerem minha vida e meu sonho.

Aos meus pais, Carmen Lúcia e Augusto Pantoja, que proveram os recursos imateriais e materiais para que eu sempre realizasse tudo o que almejei. Obrigada por me darem a oportunidade que foi negada a vocês: a de estudar. Vocês venceram na vida e conseguiram educar seus filhos no caminho do Bem.

Aos meus irmãos, Augusto Cézar e Fábio Augusto Pantoja, que, mesmo na minha inutilidade, demonstraram amor e carinho por mim.

Às minhas tias, Keila de Nazaré Costa Figueira e Kátia Regina Costa Matos, que me aconselharam, fazem parte da minha construção como ser humano e são verdadeiros exemplos de profissionais de saúde humanizadas.

Às minhas sobrinhas Sophia Pantoja e Antonella Pantoja, e afilhada Ana Clara. Vocês não imaginam a dimensão do meu amor por vocês e o quanto me fazem feliz.

Ao Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho, pelo sentimento que nos une, por ter se dedicado ao projeto e à escrita do livro e por não permitir que o medo me paralisasse.

Aos meus amigos, que sempre perguntavam como eu estava e como poderiam me ajudar, em especial a Renata Ayres, Felipe Kiyoshi e Thais Novaes. Obrigada por sempre trazerem luz e esperança!

Aos meus queridos preceptores, Camila Abdon e Marcelo Corrêa, e amigas de Residência, Fideralina Paes e Ana Beatriz Carvalho, pela força e apoio que emanaram mesmo nos meus piores momentos.

Ao Prof. Dr. Fernando de Souza Flexa Ribeiro Filho, pelo voto de confiança, pelo grandioso coração e por ter feito parte dessa luta.

Ao meu orientador e também organizador da obra, José Antonio Cordero da Silva, que acreditou no meu projeto, compreendeu minhas dificuldades e perseverou em me orientar.

Aos juízes especialistas, que dedicaram o maior bem que um ser humano pode ter (o próprio Tempo) na validação deste livro.

À oportunidade de fazer parte de um Programa de Mestrado Profissional e aos egressos do Mestrado que participaram do livro.

A cada autor e apoiador da obra, que tornou esse desafio possível. Gratidão infinita!

PREFÁCIO

Atualmente, tem-se voltado um olhar mais minucioso para as diversidades socioculturais, antes invisibilizadas, hoje protagonistas de debates inadiáveis. A primeira edição do Livro *Bioética em Cirurgia na Amazônia: conceitos, percepções e práticas* surgiu da necessidade de construir um material que refletisse a realidade das práticas em saúde na Amazônia, com interface entre ciência e saber popular.

A obra apresenta em seu decorrer temáticas como ética, comunicação, Medicina Popular, espiritualidade, potencial terapêutico regional e Políticas Públicas.

Perpassando pelos capítulos, notam-se as particularidades associadas aos grupos populacionais no que diz respeito aos saberes, costumes e crenças, permitindo reconhecer a importância do livro para subsidiar os profissionais da saúde no planejamento do cuidado direcionado.

Considerando que o Brasil é um país multiétnico, com vários povos e culturas diferentes, discutir as práticas de cuidados com um olhar holístico é um diferencial no processo de trabalho. Atuar nos Serviços de Saúde é um desafio que requer conhecimentos diversos para atender de forma universal.

Portanto, o livro tem um caráter inovador, pois reúne o conhecimento empírico atrelado ao universo das evidências científicas sobre a Saúde na Amazônia, uma referência que incentivará o leitor a mergulhar nesse Universo, impulsionando ao aperfeiçoamento dos serviços prestados na área da saúde com um olhar ético e humanizado.

Bruna Pereira Carvalho Sirqueira
Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

A minha primeira formação profissional foi na Licenciatura em Ciências Biológicas. Na época, tive o privilégio de entrar em contato com o universo da Educação para as Relações Étnico-raciais, que me foi apresentado pela Professora Helena do Socorro Campos da Rocha – umas das mais incríveis educadoras que já tive o prazer de conhecer.

A primeira semente para a criação deste livro foi então plantada, a partir da percepção de que as comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas da Amazônia têm culturas, crenças e práticas em saúde únicas.

Durante a faculdade de Medicina, as marcas das especificidades nos atendimentos em saúde na Amazônia eram ainda mais fortes e, muitas vezes, produziam dilemas éticos norteados por conflitos e rupturas na relação profissional-paciente. Como superá-los? Como fazer os profissionais de saúde compreenderem que na consulta também há espaço para uma "dodiscência" diferente – na qual profissional e cliente aprendem e ensinam juntos, além de tomarem decisões compartilhadas?

Ao ingressar no Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental, tive a oportunidade de pensar em um produto que tentasse solucionar ou pelo menos minimizar a problemática em questão. E nada melhor do que se utilizar da Bioética, ferramenta que permite que os profissionais de saúde respeitem e entendam as diferenças, garantindo condutas culturalmente sensíveis e respeitosas.

Melhor ainda, voltar a Bioética para uma das áreas da saúde conhecida pela formação rígida e hierárquica: a Cirurgia. Logo, a semente cresceu nos campos áridos do inexplorado, florescendo como um material inédito sobre Bioética em Cirurgia na Amazônia.

Dessa forma, convido a todos que se preocupam com saúde, ética e meio ambiente a se envolverem com essa leitura! Quem sabe, novas sementes germinem...

Emanuelle Costa Pantoja

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE ÉTICA EM CIRURGIA

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Bruna Pereira Carvalho Sirqueira

Adriana Seixas Costalonga

Gustavo Leocádio Coelho de Souza

Arthur Ferreira Garcia

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Fernanda Laredo dos Santos

Mariseth Andrade de Carvalho

José Antonio Cordero da Silva

"Bioética, como se diz hoje, não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do homem para com outro homem, e de todos para com a humanidade".

(André Comte-Sponville)

1. UMA BREVE HISTÓRIA DA CIRURGIA

Não é possível discutir sobre ética em cirurgia sem antes entender o contexto de desenvolvimento dessa área médica. Assim, a datar do primeiro registro até o início do último século, a prática cirúrgica era vista como um processo doloroso, com altos níveis de mortalidade e com grandes chances de ser infectada[1].

Quando se analisa a história escrita da Humanidade, são encontrados os primeiros registros relacionados à Medicina nos textos sumérios. Esse povo babilônico, que ocupava a região entre o rio Tigre e Eufrates, atual Iraque, foi responsável por criar a escrita cuneiforme, primeiro alfabeto do mundo, que é composta por cerca de trinta mil tábuas. Dentre estas, foram encontradas algumas com assuntos relacionados à Medicina, as quais relatavam uma prescrição médica primitiva composta por alguns alimentos e drogas utilizadas na época. Além disso,

relatavam a existência de instrumentos como trépanos, bisturis e serras, os quais remetem à prática cirúrgica[1].

Outro fato histórico relacionado à população que residia na Suméria é a criação do primeiro conjunto de leis pelo rei e legislador Hamurábi (por volta do ano de 1800 a.C.), que levou o nome de Código de Hamurábi. Esse documento incluía uma legislação que contemplava a prática médica, em especial, a cirúrgica. Um exemplo disso é a punição que os cirurgiões poderiam sofrer: caso os médicos cometessem erros utilizando lâminas metálicas e levassem à morte de seus pacientes ou à piora do quadro, eram condenados a perder os dedos. Esse acontecimento era deveras frequente devido à existência de um conhecimento limitado e apenas empírico, mesmo que os procedimentos fossem simples, como: extração de dente, fraturas simples, abcessos e trepanação. Portanto, os sumérios são considerados como responsáveis tanto pelo registro das primeiras cirurgias quanto por desenvolver a primeira legislação escrita para os cirurgiões[2].

O moroso desenvolvimento da técnica cirúrgica está ancorado em quatro áreas que nortearam toda sua história: conhecimento da anatomia, controle da hemorragia, da dor e da infecção[3].

O estudo da anatomia humana começou a progredir após as contribuições feitas por Andreas Vesalius (1514-1564), que viveu durante o auge do período renascentista, quando os Papas Sisto IV (1414-1484) e Clemente VII (1478-1534) permitiram a dissecação e o estudo do cadáver humano. A prática cirúrgica da época era atribuída às classes baixas por ser uma atividade considerada não pensante (vide a própria etimologia do termo cirurgia: *kheirourgia*: *kheír*, *mão* + érgon, trabalho), enquanto o médico nobre costumava apenas recitar os conhecimentos referentes à anatomia. No caso de Vesalius, além de contribuir com vários apontamentos sobre anatomia, corrigindo os conhecimentos errôneos disseminados por Claudio Galeno (129-199 d.C.) – que baseava seus estudos anatômicos em animais –, ele também foi responsável por alterar a forma com que eram feitos os procedimentos cirúrgicos, e, para ele, era imprescindível que o médico realizasse de forma ativa a dissecação[4].

Vesalius deixou suas descobertas e conhecimentos na obra chamada *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (1543), a qual precedeu e abriu caminho para diversos cirurgiões anatomistas que desenvolveram todo o estudo sobre a área até os dias de hoje[1].

Outro estudioso responsável pelo grande desenvolvimento da cirurgia foi o francês Ambroise Paré (1510-1590), pois foi o primeiro a desenvolver técnicas para conseguir coibir hemorragias e, assim, trazer maior modernidade à prática cirúrgica. Por mais que Paré fosse um cirurgião-barbeiro (profissão com pouco prestígio social na época), ele tinha uma ótima reputação, sendo responsável por cuidar de diversos reis absolutistas franceses,

como Francisco II (1544-1560), Carlos IX (1550-1574) e Henrique III (1551-1589)[5].

A primeira técnica que o cirurgião francês utilizou para controlar hemorragias e cauterizar feridas foi o uso do óleo quente, porém ele percebia alguns danos colaterais, como a ferida com um aspecto mole e inflamada. Ao acompanhar uma expedição de guerra, por ordem do rei, seu reservatório de óleo esvaziou e, assim, de forma empírica, ele fez uma mistura de gema de ovo, azeite, rosas e terebintina como substituto e, surpreendentemente, a cicatrização e o controle da hemorragia foi mais eficaz. Logo, ele abandou o uso do óleo quente[5].

Paré também foi responsável por retomar a laqueação que era utilizada pelos gregos e desenhou o chamado "bico de corvo", um instrumento homeostático primitivo. Por mais que as ideias promovidas por Paré fossem promissoras, elas caíram no esquecimento, e apenas cerca de 200 anos depois Jean-Louis Petit (1674-1750) retomou a prática de controle de hemorragias criando o torniquete hemostático. Esse dispositivo era utilizado em amputações, comprimindo o principal vaso sanguíneo envolvido, controlando a hemorragia e permitindo que a laqueação ocorresse de forma natural[1].

Nos anos que seguiram, foram criados diversos dispositivos e técnicas de controle hemodinâmico, sendo o próximo marco histórico a criação de um antecessor do bisturi elétrico pelo cirurgião Harvey Cushing (1869-1939) e pelo físico William Bovie (1881-1958), que, ao longo dos anos, passou por diversos aprimoramentos e é utilizado na contemporaneidade[1].

Historicamente, um dos principais problemas enfrentados pelos cirurgiões era a ausência de algo para inibir a dor, o que acabava levando o paciente a se recusar ou adiar cirurgias que eram necessárias, por constituírem experiências extremamente desagradáveis e dolorosas. Além disso, a prioridade dos médicos durante o ato cirúrgico não era a eficiência do procedimento, e sim o tempo que ele iria durar, uma vez que o enfermo se debatia e reclamava mais a cada minuto que passava, aumentando o grau de dificuldade da operação[3].

Ao longo dos séculos, foram utilizadas diversas substâncias depressoras do sistema nervoso, como ópio e o haxixe, sem nenhuma eficiência. Somente no ano de 1846, William T.G. Morton (1819-1868) realizou o primeiro processo cirúrgico com anestesia. Morton administrou o éter sulfúrico, um inalador anestésico, e retirou um tumor vascular do pescoço de seu paciente sem lhe gerar nenhum desconforto. Esse evento é considerado como um dos mais icônicos da Medicina e foi responsável por estimular a pesquisa de novos anestésicos e com diferentes formas de administração[6].

Após o advento dos processos anestésicos, o tratamento cirúrgico tornou-se mais atrativo e mais utilizado, no entanto o prognóstico dos pacientes não era favorável, devido

às infecções que surgiam no pós-operatório. Em virtude da falta de assepsia e antissepsia, as cirurgias ocasionavam elevadas taxas de mortalidade[3].

O primeiro cirurgião a desenvolver técnicas antissépticas, já na Era Moderna, foi o inglês Joseph Lister (1827-1912). Lister foi contemporâneo às ideias desenvolvidas por Louis Pasteur (1822-1895) sobre microrganismos e a forma como eles se comportavam. Influenciado, então, por tais ideias, ele relacionou a dificuldade de cicatrização das feridas e a presença do pus (considerado com fisiológico na época) aos germes referidos pelo químico francês. Portanto, o cirurgião inglês começou a utilizar substâncias bactericidas no local da ferida cirúrgica e utilizar curativos embebidos da mesma solução antibacteriana[7].

Durante sua pesquisa, Lister enfrentou diversos entraves para propagar suas ideias, principalmente por manter uma linha científica confusa e por não ter entrado no âmbito da assepsia, a qual foi defendida por Ernst von Bergmann (1836-1907). Após a Primeira Guerra Mundial, as práticas antissépticas e assépticas se tornaram presentes no centro cirúrgico, popularizando o uso de máscaras, toucas, luvas, gorros e outros instrumentos de precaução bacterina entre os cirurgiões[3].

Portanto, ao se analisar todo esse desenrolar histórico, percebe-se a associação entre o contexto sociocultural e o ato cirúrgico. O cirurgião muitas vezes vai transitar entre a rejeição e o prestígio social, logo, é de extrema importância que ele consiga ter um entendimento ético e moral do seu paciente, buscando sempre se respaldar no princípio de beneficência e de não maleficência[1].

2. A ÉTICA MÉDICA

Nas últimas décadas, a Medicina passou por um rápido avanço tecnológico, o que acarretou diversos questionamentos sobre a prática e pesquisa médica. A fim de ter um melhor entendimento sobre as questões levantadas, é necessário diferenciar os conceitos de moral, direito e ética[8].

Os dois primeiros se baseiam em regras, porém a moral as estabelece a partir dos princípios individuais e pessoais; em contrapartida, o direito se pauta sobre leis estabelecidas pelo Estado e se limita a fronteiras geográficas. Diferentemente das duas áreas supracitas, a ética vai se basear em um processo reflexivo sobre o conceito de bom ou mau e tem como principal objetivo justificar as normas criadas tanto pela moral bem como pelo direito[8].

Partindo desse pressuposto, a Ética Médica e a Bioética trazem diversos questionamentos sobre a forma com que os profissionais da saúde exercem seu ofício. Além disso, ambas vão se respaldar sobre quatro princípios: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça[9].

O preceito de *não-maleficência* na prática dos profissionais de saúde é definido em não ocasionar mal ao paciente de forma intencional, um dilema corriqueiro na rotina hospitalar. Um exemplo disso ocorre quando se é necessário passar um medicamento para o enfermo, mesmo sabendo que a droga vai causar algum dano ao corpo. Logo, do ponto de vista ético, é de responsabilidade do médico avaliar se a conduta terá um bom custo-benefício[9].

Por sua vez, o princípio de *beneficência* adentra o de não-maleficência e o extrapola, determinando que não basta apenas não causar mal: é obrigação do médico fazer bem ao enfermo. Esse princípio respalda toda prática médica, visto que ele é expresso no juramento de Hipócrates: "Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com a minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los"[1].

Por mais que existam os princípios relacionados à beneficência, deve-se respeitar o princípio de *autonomia* do paciente. Este consiste em deixar que a pessoa possa fazer aquilo que acha que é melhor para si. Na prática médica, podemos resumir em consentimento e adesão do paciente pelo plano terapêutico[10].

Entretanto, esse princípio não é válido quando o enfermo não tem capacidade de discernimento, como em situações de urgência ou mesmo em casos que levem risco a outras pessoas[10].

Por fim, existe o princípio de *justiça*, o qual será respaldado nas relações socioculturais tanto do espaço quanto do tempo. Com o propósito de que a justiça funcione de forma adequada, é necessária a preservação da equidade, extrapolando classes, raças e etnias[9].

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou o *Código de Ética Médica* com intuito de fazer valer o princípio de justiça e resguardar tanto o paciente quanto o médico. Periodicamente, o código é atualizado, buscando sempre atender às necessidades criadas pela sociedade, adequando-se às novas tecnologias[11].

A última mudança foi feita no ano de 2019, após diversos congressos, reuniões técnicas e sugestões feitas pelos médicos registrados em Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Atualmente, o Código é composto por 26 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. Ainda que sejam feitas mudanças recorrentes, todos os quatros princípios anteriormente citados estão enraizados na atual legislação, e preconizam primordialmente o bem-estar do ser humano. E, por ser um documento que rege a conduta de todos os médicos do Brasil, a prática da cirurgia não é excluída desse cenário e deve, portanto, respeitar os princípios nele contidos[11].

3. DILEMAS E ABORDAGENS ÉTICAS EM CIRURGIA

É inegável o papel da cirurgia diante do processo de tratamento e cura de um paciente. Como exemplo, sabe-se que não são raras as situações em que a cirurgia desponta como o único método capaz de garantir a continuidade da vida em determinados quadros clínicos. Ademais, com o aumento populacional e da expectativa de vida em geral, os índices de intervenções cirúrgicas tendem a ser cada vez maiores em todo o mundo[12].

A fim de acompanhar esse crescimento, portanto, o cirurgião sente a necessidade de aprimorar suas habilidades médicas. Contudo, a prática cirúrgica envolve não apenas o conhecimento científico *(episteme)* e a habilidade técnica *(techne)*, mas também a capacidade de julgamento (*phronesis)* desse profissional médico. Além disso, o típico "cirurgião competente" é aquele que não se atém apenas ao ato cirúrgico e suas finalidades: deve transpassar confiança moral e ética a partir de seus posicionamentos[13].

Assim como as demais áreas médicas, a cirurgia deve seguir o principialismo citado anteriormente, guiado por autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (6). Entretanto, nem sempre deve seguir apenas o aforismo hipocrático "*Primum non nocere*" ("Primeiro, não prejudicar") irá garantir o sucesso moral no processo de tomada de decisão. Em situações de dilemas médicos, é preciso ir além: torna-se necessária uma abordagem moral individualizada, em que a resolução ética representa o principal desafio. Porém, apesar da análise individual dos casos, o cirurgião deve conhecer determinados conceitos capazes de guiar, de um modo geral, todos os posicionamentos profissionais a serem tomados[12,13].

3.1 Os 4 tópicos na análise de um dilema ético na área da saúde

Com a transição do modelo paternalista para o compartilhamento de poder e responsabilidade entre o médico e o paciente, o processo de tomada de decisão leva cada vez mais em consideração a vontade do paciente. Nesse contexto, podem existir situações marcadas por conflito de valores e interesses entre o profissional da saúde e o cliente. Essa situação, portanto, é chamada de *dilema*, em que a abordagem terapêutica do paciente sofre influência direta do resultado desse conflito[3,13,14].

Nesse cenário, deve ser prioridade a resolução ética que conserve uma boa relação médico-paciente concomitante à decisão terapêutica tomada. Assim, a tomada de decisão compartilhada deve ser orientada pelos seguintes tópicos[14]:

1. *Indicação Médica:* é imprescindível identificar o problema médico, bem como esclarecer os objetivos do tratamento, suas opções, alternativas e taxas de sucesso terapêutico.

2. *Preferências do Paciente:* o paciente deve estar ciente dos riscos e benefícios associados ao tratamento, a fim de que possa expressar suas preferências, desde que tenha plena capacidade de decisão ou esteja amparado legalmente para que outrem decida por ele.
3. *Qualidade de Vida:* analisar a funcionalidade do paciente em diferentes situações (com ou sem tratamento), para que estejam alinhados entre si os objetivos de estilo de vida e as possibilidades associadas à terapia.
4. *Recursos Contextuais:* muito além da análise isolada da doença e do tratamento em si, devem ser identificados os conflitos de interesse e a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, por exemplo.

3.2 Os 5 pilares éticos da cirurgia

A fim de que seja concretizada uma relação de confiança entre o cirurgião e o paciente, os seguintes pontos devem ser vivenciados[14]:

1. *Resgate*: esse sentimento se faz presente quando o cirurgião reconhece e aceita o desafio de recuperar a saúde do paciente por meio do ato operatório.
2. *Proximidade*: uma relação mais próxima passa mais conforto para o paciente, mas também permite que o cirurgião entenda o sofrimento e as necessidades daquele.
3. *Provação*: vivenciada pelo paciente antes e durante a cirurgia.
4. *Resultado*: as consequências no pós-operatório.
5. *Presença*: a conduta ética ideal do cirurgião pressupõe sua entrega ao caso do paciente, estando presente durante todo o processo pré, intra e pós-operatório.

3.3 As virtudes na ética cirúrgica

Além de desempenhar uma performance técnica satisfatória durante a cirurgia, o cirurgião precisa possuir e praticar certas virtudes, como: perseverança, pontualidade, coragem, prudência, justiça, honestidade, bondade e ser capaz de desempenhar um bom trabalho em equipe[3,13].

3.4 O respeito ao consentimento esclarecido

Muito além do que a "simples" assinatura em um papel com valor jurídico, o consentimento do paciente envolve um diálogo completo com o cirurgião e toda a equipe cirúrgica. Para que o resultado esperado de aceitação do paciente seja alcançado, alguns pontos devem ser esclarecidos durante essa conversa[3,13,15]:

1. Compreender a habilidade do paciente em entender a informação que está sendo passada.
2. Apresentar informações relevantes com veracidade e sensibilidade, respeitando as vontades do paciente, sobre o diagnóstico, a intervenção cirúrgica (como é feita e para que serve) e a balança estabelecida entre os potenciais riscos e benefícios.
3. Documentar o consentimento esclarecido e a decisão do paciente (ou seu representante) de forma clara e objetiva, através de um documento amparado por meios médicos e legais.

3.5 A abordagem de um dilema

De um modo geral, os dilemas éticos na Medicina podem ser resolvidos através dos seguintes passos[3]:

1. *Reconhecimento da necessidade de uma investigação ética:* uma vez que a prática médica é envolta por julgamentos - "este diagnóstico está correto?" e "o tratamento proposto é adequado?" são exemplos de perguntas presentes na rotina de um médico -, quando conflitos não podem ser resolvidos com base em conhecimentos técnicos e científicos, o estabelecimento de um dilema ético se faz presente. Como exemplo, pode ser citada a situação em que se questiona até quando um tratamento curativo deve ser continuado e não transacionado para um paliativo, em que não são raras as divergências de opinião entre a equipe de saúde e o paciente e sua família. Destaca-se, nesse contexto, que os dilemas não estão restritos ao binômio médico-paciente: há situações em que os interesses do profissional e/ou do paciente vão de encontro à vontade do hospital, seja por questões administrativas ou financeiras, por exemplo. (SADE) Em ambos os casos, trata-se de um dilema ético a ser solucionado.
2. *Analisar os fatos e entender as diferentes perspectivas:* essa análise deve ser feita através dos quatro tópicos citados anteriormente (Indicação Médica, Preferências do Paciente, Qualidade de Vida e Recursos Contextuais). Ademais, a conversa com o paciente - e todos os envolvidos - deve ser estimulada, uma vez que é capaz de resultar em informações importantes para a resolução do dilema ético, como valores, motivações e preferências.
3. *Identificar os valores éticos que estão em conflito:* construir uma lista com esses valores pode ser útil para a construção de um espectro de opções a serem consideradas. Esses valores e posicionamentos podem ser divididos entre eticamente obrigatórios (como garantir a autonomia do paciente, por exemplo), eticamente possíveis e eticamente proibidos.
4. *Discutir opções e desenvolver um plano:* antes de realizar uma conversa com o paciente e sua família, a equipe de saúde deve estar em consenso quanto às opções a serem apresentadas, de forma que essa reunião seja mais produtiva.
5. *Tomar decisões e refletir sobre os resultados:* o último passo é a ação em si. É importante que a equipe esteja ciente da incerteza que pode ser enfrentada, uma vez que nem tudo pode resultar conforme planejado. Ademais, mesmo após a resolução do dilema, deve-se refletir sobre o caso, pensando em cenários alternativos e se preparando para futuros dilemas semelhantes.

4. ÉTICA E CIRURGIA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Se, diante de procedimentos eletivos, a ocorrência de dilemas éticos é frequente, em emergências não é diferente, exceto por um fator agravante: o tempo para tomada de decisão. O cenário crítico de fragilidade da vida exerce uma pressão significativa sobre a mente do cirurgião. Nesse contexto, é ainda mais delicado salvar a vida do paciente e, ao mesmo tempo, resolver dilemas éticos[15].

Nesse cenário, o paciente nem sempre possui condições para decidir sobre a conduta a ser tomada, além de que seu representante frequentemente não está no local. Assim, é papel do médico seguir o princípio da Benevolência e, então, iniciar o tratamento adequado, mesmo na ausência do consentimento esclarecido do paciente. Entretanto, é dever do cirurgião informar o paciente e sua família sobre o procedimento assim que possível, a fim de que obtenha o consentimento e continue com o tratamento em questão[15].

5. ÉTICA, CIRURGIA E A FINITUDE DA VIDA

No contexto de finitude da vida e cuidados paliativos, o consentimento esclarecido do paciente desempenha um papel ainda mais crítico. Para que esse ato de consentir seja validado, no entanto, o paciente deve ser capaz de tomar uma decisão. Essa capacidade é legal e eticamente verdadeira quando as seguintes habilidades estão presentes[15]:

1. Entendimento: a habilidade de falar sobre o significado da informação repassada.
2. Apreciação: explicar como a informação é aplicada ao seu próprio caso.
3. Expressar uma escolha: formar uma decisão.
4. Ser capaz de raciocinar sobre essa escolha: comparar informações e inferir as consequências da decisão tomada.

Ademais, um documento tão importante quanto o consentimento é o conjunto das chamadas *diretivas antecipadas de vontade*. Essas diretivas são redigidas quando um indivíduo ainda capaz de tomar decisões deixa clara qual conduta terapêutica deve (ou não) ser tomada caso ele perca sua capacidade de tomar tais decisões. Destaca-se, no entanto, que essas diretivas podem ser modificadas ou anuladas pelo paciente enquanto esse último ainda possuir suas plenas faculdades mentais[15].

Nesse cenário, as chamadas *ordens de não reanimação* são frequentes alvos de dilemas éticos. Isso ocorre porque, embora um paciente possa manifestar sua vontade de forma clara antes de uma cirurgia, o procedimento de reanimação pode ser realizado, uma vez que nem sempre a autodeterminação do paciente respeita seus direitos de forma ética e não-iatrogênica[15].

Por ser um tema envolto por controvérsias, deve ser discutido com a equipe de saúde e o paciente de forma sistematizada e clara antes e após o procedimento cirúrgico. E, por ser algo relativo e subjetivo, deve ser analisado com cautela, pois, por exemplo, um paciente pode solicitar ressuscitação quando os eventos adversos são reversíveis, mas pode negar firmemente a reanimação caso haja a possibilidade de sequelas permanentes e incapacitantes. Nesse contexto, o registro de todas as decisões no prontuário médico não deve ser deixado de lado em hipótese alguma, pois serve como amparo médico e legal[15,16].

A *futilidade terapêutica* é um termo utilizado para definir terapias inconsistentes com o objetivo final do tratamento, sendo consideradas inadequadas tanto em termos médicos quanto éticos. No contexto de finitude da vida, esse é um evento a ser combatido, principalmente diante de conflitos de interesse entre o médico e a vontade da família do paciente[5,8]. Essa futilidade pode ser classificada em três tipos[15]:

1. Futilidade fisiológica: intervenções médicas que não condizem com o objetivo do tratamento. Por exemplo: tratar uma infecção bacteriana com um antibiótico ao qual a bactéria apresenta resistência.
2. Futilidade quantitativa: baseada em uma decisão que envolve uma taxa de sucesso terapêutico extremamente baixa.
3. Futilidade qualitativa: quando o tratamento tende a resultar em uma qualidade de vida inaceitável às vontades do paciente.

Nesse contexto, *terapias contraindicadas* não devem ser confundidas com futilidades terapêuticas. Apesar de serem conceitos próximos entre si, contraindicado é aquele tratamento que é extremamente dispendioso ou então que possui uma taxa de benefício/risco muito incerta. Entretanto, esse é um tópico cercado por debates, sem um consenso definido no meio médico[15].

6. INOVAÇÃO CIRÚRGICA *VERSUS* ÉTICA

Durante toda a história da cirurgia, o treinamento e a inovação sempre estiveram presentes. Um exemplo claro de inovação é o desenvolvimento da técnica de videolaparoscopia, procedimento menos invasivo que possibilita diversos benefícios para o pós-operatório do paciente. Ademais, com o avanço da tecnologia e o aumento da expectativa de vida, espera-se ainda mais que o papel do cirurgião seja cumprido com cada vez mais excelência, que a vida seja prolongada em situações cada vez mais extremas. Essa pressão, portanto, justifica a necessidade de constante renovação e inovação no meio cirúrgico[3,13].

Entretanto, nem sempre a inovação acompanha a ética no mesmo ritmo exponencial e, então, surgem dilemas éticos. Por não depender somente da tecnologia, como também

do desenvolvimento de técnicas e estratégias específicas, a inovação em cirurgia prudente é aquela que considera os testes laboratoriais, o propósito da técnica, os riscos, a segurança do paciente e, por fim, os embates éticos relacionados à aplicabilidade da técnica mesmo na falta de um consenso entre a comunidade médica, uma vez que os riscos reais podem ainda não estar bem esclarecidos[3,13].

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise da relação entre ética e cirurgia, fica clara a importância desse ramo filosófico no sucesso da prática cirúrgica. Assim, diversos conceitos básicos são inerentes a essa relação, desde a compreensão do Código de Ética Médica até a aplicabilidade desses conhecimentos éticos na inovação da técnica cirúrgica, cada vez mais expoente na contemporaneidade.

Apesar disso, muitos conceitos ainda estão incertos na comunidade médica, não sendo agrupados por um consenso. Como abordado anteriormente, tem-se a definição de futilidade terapêutica e outros dilemas éticos presentes na rotina do cirurgião. Dessa forma, destaca-se a importância de a ética em cirurgia ser cada vez mais estudada e debatida no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Marquez RG. Técnica operatória e cirurgia experimental. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

2. Fiorini LR, Manso MEG. As Origens da Medicina Ocidental: Mesopotâmia e Egito Antigo / The Origins of Western Medicine: Mesopotamia and Ancient Egypt. Brazilian Journal of Health Review. 2021 Aug 7;4(4):16609–15.

3. Townsen CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Textbook of Surgery. 21st ed. St. Louis: Elsevier; 2022.

4. Faustino A, Lança MJ. Anatomia e Fisiologia: evoluindo de “mãos dadas.” História da Ciência e Ensino: construindo interfaces. 2022 Sep 29;25:209–20.

5. Splavski B, Rotim K, Boop FA, Gienapp AJ, Arnautović KI. Ambroise Paré: His Contribution to the Future Advancement of Neurosurgery and the Hardships of His Times Affecting His Life and Brilliant Career. World Neurosurgery. 2020 Feb;134:233–9.

6. Firth PG. Ether Day Revisited. Annals of Surgery Open. 2022 May 17;3(2):e166.

7. AVAILLON, Jean-Marc; CHRÉTIEN, Fabrice. From septicemia to sepsis 3.0–from Ignaz Semmelweis to Louis Pasteur. **Microbes and Infection**, v. 21, n. 5-6, p. 213-221, 2019.

8. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Medical Principles and Practice [Internet]. 2020;30(1):17–28. Available from: https://karger.com/mpp/article/30/1/17/204816/Principles-of-Clinical-Ethics-and-Their

9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

10. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited. BMC Med Ethics. 2001;2:E1. doi: 10.1186/1472-6939-2-1. Epub 2001 Apr 26.

11. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. ConScientiae Saúde. 2008;3:153–63.

12. Agochukwu-Mmonu N, Chung KC. Ethics in Global Surgery. Hand Clinics. 2019;35(4):421–7.

13. Cardenas D. Surgical ethics: A framework for surgeons, patients, and society. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2020;47(1):1–10.

14. Little M. The fivefold root of an ethics of surgery. Bioethics. 2002;16(3):183–201.

15. Lewis MC, Yeldo NS. The Ethics of Surgery at End of Life. Anesthesiology Clinics [Internet]. 2019;37(3):561–71.

16. Sade RM, Kavarana MN. Surgical ethics: Today and tomorrow. Future Cardiology. 2017;13(6):567–78.

CAPÍTULO 2

COMUNICAÇÃO EM CIRURGIA: REGIONALISMOS E O RESPEITO À LINGUAGEM POPULAR

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Barbara Cristina Baldez Vasconcelos

Thais de Oliveira Cardoso Brandão

Larissa Brabo Collyer Carvalho

Marcelo Vieira Corrêa

Thais Martins Novaes

Edson Yuzur Yasojima

José Antonio Cordero da Silva

"Certa vez de ´montaria´
eu descia um ´paraná`
o caboclo que remava
não parava de falá
Á, á... Não parava de falá (r)
Á, á... que cabôclo falador..."
(Waldemar Henrique)

QUEM VAI LEVAR O FARELO?

Seu Mundico, diabético, 58 anos, proveniente de Belém (PA), internado há 05 dias devido à lesão pérfuro-cortante em membro inferior direito, que evoluiu com áreas de necrose. Confirmou-se diagnóstico de Doença Arterial Obstrutiva Periférica, sendo solicitado acompanhamento conjunto do cirurgião vascular Ribamar. Após avaliação minuciosa, o médico noticia a necessidade de amputação da perna direita, então Mundico:

- Égua, Doutor, o senhor vai torar um pedaço porrudo da minha perna, só porque tão dizendo que tô com pé podre?! Não tem pílula pra isso? Já tô mofino só de pensar...

Dr. Ribamar, recém-chegado de São Paulo para atender a população amazônica, lança um olhar de estranhamento e é envolvido por um mar de emoções e interrogações.

No cenário amazônico multifacetado e heterogêneo, além de coabitarem grandes centros urbanos e pequenos municípios de certo modo isolados, também convivem populações tradicionais dos mais variados tipos[1].

Dessa forma, o fato de um povo ser singular está longe de se tratar de uma homogeneidade. Ao revés, sugere heterogeneidade social, política, econômica e cultural, o que constrói variações linguísticas e regionalismos. O indivíduo é moldado e molda o seu meio, adotando e criando variações, integrando-se a um todo referente à linguagem popular[2].

A linguagem popular, como um sistema de representações que compreende conceitos, ideias e sentimentos, permite que os membros de uma cultura partilhem os códigos culturais e expressem as diferentes significações dadas ao binômio saúde-doença[3]. A capacidade de identificar, interpretar, empregar e, sobretudo, respeitar a linguagem popular é indispensável aos profissionais de saúde/cirurgia na Amazônia, possibilitando maior integralidade e autonomia nos cuidados prestados aos usuários.

1. VARIAÇÕES LINGUÍSTICAS, REGIONALISMO E ORALIDADE

Ao contrário do que muitas vezes é discutido em ambientes de ensino, a linguagem não é algo morto, inerte, mas um animal em constante evolução, guiada e alimentada por culturas e povos diferenciados. Assim como o isolamento geográfico de uma espécie de pássaro ao redor de uma montanha levou à formação de grupos progressivamente diferentes até que a espécie de origem fosse diferente da que se encontrava do outro lado da montanha, é comum deparar-se com "linguajares" diversificados de uma região à outra. Essa expansão e expressividade linguística contribuem significativamente para a complexidade do idioma, bem como de seus dialetos.

Ao se adotar unicamente a dita linguagem culta, com ênfase às regras e normas gramaticais padrões, há desvalorização das diferenças linguísticas, desta forma reduzindo-as a termos e expressões "incorretas". Essa dicotomia entre norma culta e expressividade linguística individual compromete a compreensão e pode tornar a comunicação uma tarefa difícil e trabalhosa[4].

Tabela 1 – Diferenças entre os níveis de linguagem.

Nível culto	Visto ideologicamente como "certo", trata-se do conjunto de fenômenos linguísticos que ocorrem habitualmente no uso dos falantes letrados em situações mais monitoradas de fala e escrita.
Nível familiar ou coloquial	Fruto dos primeiros contatos comunicativos, de onde aprendem e proferem as suas primeiras expressões. Utilizado pelas pessoas que, apesar de conhecerem a língua, fazem uso de um nível menos formal, mais cotidiano.

Fonte: elaborada pelos autores com base em Cruz (2020)[4].

O espaço geográfico, tanto como meio de interação social quanto fonte de desenvolvimento econômico, influencia expressivamente a forma com a qual nos comunicamos, com incorporação no vocabulário de especificidades geológicas, produtivas e sociais locais – os chamados regionalismos[5].

O desenvolvimento da fala reflete ainda os avanços científicos, culturais e sociais de uma nação. Tem-se, então, a criação de novas palavras e expressões para nomear novos bens de consumo, por vezes, adotando elementos da língua de origem do produto (estrangeirismo) ou analogias a elementos conhecidos[4,6].

Além disso, o modo de comunicação das diferentes classes sociais se estabelece perante o modo de vida dos falantes e de sua maneira característica de se expressar[4].

2. PRECONCEITO LINGUÍSTICO

A grave desigualdade social existente em nosso país gera uma grande divisão linguística entre os falantes das variedades não padrão do português brasileiro — maioria de nossa população — e os falantes da variedade culta. Como a educação ainda é privilégio de poucos, uma quantidade gigantesca de brasileiros permanece à margem do domínio de uma norma culta que nunca tiveram oportunidade de aprender. Assim, surgem os "sem-língua", falantes do português, mas com gramática particular, no entanto, não reconhecida como válida e que, em muitas ocasiões, é desvalorizada e ridicularizada[7,8].

Por conseguinte, esse grupo apresenta dificuldade de acesso a instituições públicas (saúde, jurídico), sítios de uso quase exclusivo da variante padrão, com seus documentos e formulários de difícil compreensão. Assim, deixam de usufruir de diversos serviços a que têm direito por não conseguirem compreender a linguagem empregada pelos órgãos públicos. É necessário reconhecer a consequência danosa da desvalorização das variedades da linguagem, e abandonar o mito de unidade do português brasileiro, a fim de se adotarem medidas para a melhoria do acesso aos direitos e serviços por parte desses cidadãos[4].

3. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA: INTERFACE ENTRE PROFISSIONAL E CLIENTE

A comunicação entre profissional de saúde/cirurgia e cliente consiste em uma forte arma terapêutica, uma vez que possibilita o entendimento do estado de saúde e do tratamento proposto, facilita a adesão a esse último, além de propiciar a troca de informações, conhecimentos e saberes[9].
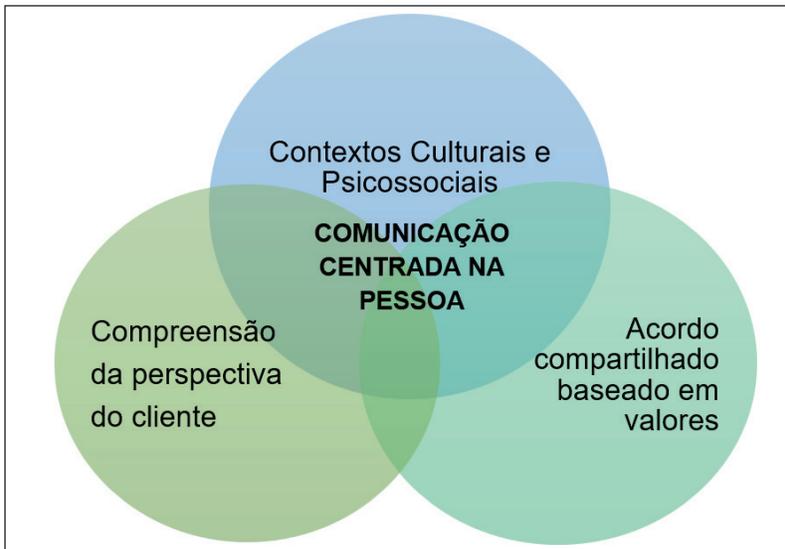
Figura 1 – Modelo Esquemático da comunicação centrada na pessoa.

Para isso, recomenda-se que seja efetuada a **comunicação centrada na pessoa** (Figura 1), cujas características principais abrangem: o entendimento do cliente dentro de contextos culturais e psicossociais próprios; a compreensão da perspectiva do cliente, a exemplo de angústias, ideias, necessidades e emoções; a construção de um acordo compartilhado sobre os problemas do cliente e as terapêuticas condizentes com os valores dele[10].

A relevância da comunicação em saúde aparece, inclusive, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo 5, item VII, que afirma que o médico necessita solidificar a comunicação com o cliente "por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado" [11].

Não obstante, durante a formação médica e especialização em cirurgia, o desenvolvimento das capacidades para desempenho social adequado não recebe destaque ou abordagens sistemáticas de seu ensino. Como exemplo, há a comunicação de notícias difíceis, sobre a qual, segundo Isquierdo e colaboradores[12], é possível observar o despreparo dos médicos, que não sabem como se portar nesse momento tão decisivo para o paciente e sua família. Consequentemente, o médico fica desconfortável e não se sente capaz de lidar com as próprias emoções e receios. Apesar de na literatura já haver meios consolidados para guiar esse procedimento, como o protocolo Spikes, muitos profissionais afirmam não terem recebido instruções ou treinamento formal sobre o assunto ao longo de sua formação acadêmica [13].

Do outro lado, também há a perspectiva do paciente em algumas situações de saúde. Por exemplo, o momento que precede a cirurgia é marcado por angústias e sofrimento, acentuado por conflito de sentimentos e expectativas: o receio de complicações, a impotência, dependência de terceiros, necessidade de se submeter à cirurgia em busca de uma melhora na qualidade de vida. Dessa forma, o paciente encontra-se em uma posição frágil e contraditória em ambiente estranho e aparentemente hostil, facilmente agravada por desconhecer o planejamento de seus cuidados. Muitas vezes, surgem explicações crípticas e vazias, as quais o paciente não compreende e, sem embargo, não se sente em posição de questionar, pois se houve a determinação do "doutor" – figura paterna "detentora de estudo" –, há de ser necessário[14].

Nesse sentido, a comunicação, sobretudo quando centrada na pessoa, vem como ferramenta essencial no processo terapêutico, devendo consistir em uma atividade recíproca, na qual a escuta e a interpretação de sinais não verbais de forma inteligente também são partícipes para orientar o planejamento terapêutico. Devem ser fornecidas orientações adequadas sobre cirurgias, em linguagem adaptada para a variante linguística do paciente, oferecendo-se o apoio necessário e aplacando dúvidas frequentemente, a fim de evitar falhas de comunicação. Outrossim, não se deve esquecer de oferecer tempo e suporte emocional individualizado para cada caso[15].
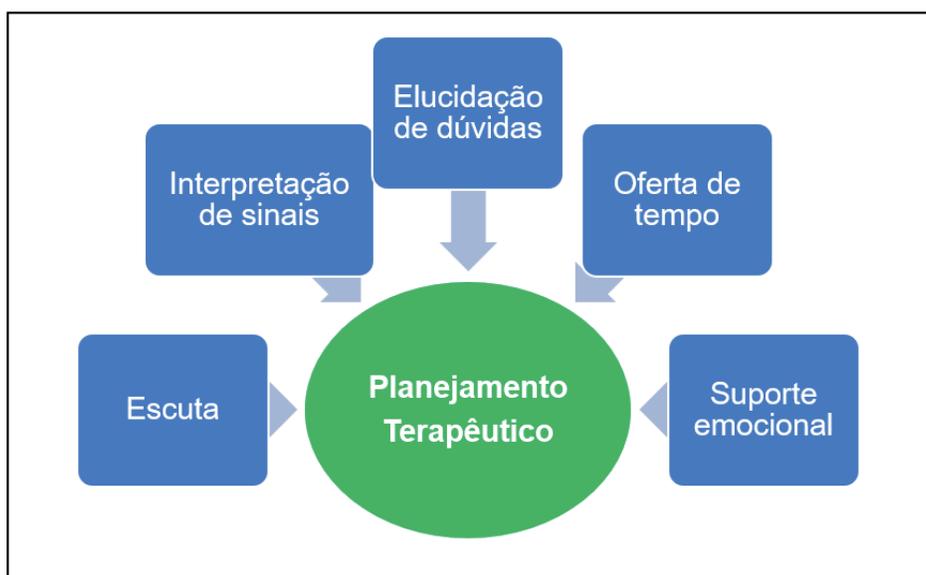
Figura 2 – Modelo esquemático elucidando algumas ferramentas essenciais para a realização de um plano terapêutico adequado

4. PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA NA AMAZÔNIA

Em um estudo realizado em Rio Branco/AC[16], avaliou-se a percepção dos pacientes sobre a relação médico-paciente em uma Unidade Básica de saúde, sendo demonstrado que a maioria dos participantes informaram que os profissionais não lhes supriram informações ou esclarecimentos suficientes sobre a própria condição de saúde. Apenas 40% dos profissionais de saúde conversavam especificamente sobre a doença, evidenciando falta de comunicação adequada.

Infelizmente, quase inexistem estudos que abordem as práticas de comunicação em saúde e cirurgia na Amazônia, demonstrando-se ser um campo a ser desbravado cientificamente. As poucas investigações encontradas se restringem a pequeno número de participantes ou a desenhos de estudos transversais.

Em investigação conduzida por Pontes e colaboradores[17] com população indígena do Alto Rio Negro, infere-se que a abordagem cirúrgica ambulatorial com complexidade limitada compatível pode ser realizada de forma segura em área indígena, desde que realizada por profissional qualificado com experiência em atendimento indígena. Para tanto, é imperativo desenvolver laços de confiança com a comunidade para a execução de suas atividades.

Observa-se que é necessário atentar-se, ainda, para as diferenças culturais. Em estudo[18] realizado na Amazônia peruana com a população indígena Kukama Kukamiria, os participantes tinham a percepção de que os médicos se consideravam superiores a eles, pois não respeitavam diversos aspectos importantes da cultura local e os conhecimentos populares. Essa preconcepção comprometia a formação de adequada relação médico-paciente, uma vez que os pacientes não apenas esperam receber cuidados de saúde, mas desejam ser respeitados, inclusive em suas tradições.

Pode-se citar uso frequente de frases antagonistas/negativas como “não sabe”, “não tem”, “não é”, como reflexo de uma posição mantida, mesmo que involuntariamente, por muitos profissionais, colocando a si próprios como os detentores do saber, silenciando o lugar de fala dos pacientes e delegando-lhes menor importância no processo saúde-doença.

Silva e colaboradores avaliaram o impacto da presença de um médico estrangeiro na comunidade Akwẽ-Xerente no Tocantins, trazendo à baila uma nova realidade no atendimento para a comunidade local: “Nesse momento, as diferentes visões de mundo se encontram e se confrontam, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma entende do processo saúde/doença e das diferentes medidas terapêuticas”[19].

No mesmo estudo, o tempo de consulta foi fonte de descontentamento pela população indígena na comunidade Akwẽ-Xerente, pois muitos consideraram que os

médicos passavam pouco tempo com os pacientes, já que, segundo a cultura local, o estado de doença atual é explicado por eventos ocorridos desde a infância, sendo importante para eles, no processo de conhecimento da doença, contar a própria história desde a fase pueril.

A linguagem também foi apontada como barreira considerável, visto que é necessária a presença de intermediários nativos para realizar a comunicação profissional de saúde e paciente. Dessa forma, é importante considerar treinamento dos profissionais sobre a cultura e língua materna dos povos nativos; ou ao menos valorizar a capacitação de nativos ou ACS indígena para atividade técnica para intermediar o processo comunicativo[19].

Não se pode esquecer que ainda há, na mente de muitos pacientes, o lado místico do cuidado, com a doença como meio de punição ou poluição do corpo por algo ruim, a perda de algo interior; e o médico assumiria o papel do curandeiro que expia os pecados, expurga o mau elemento e restaura a completude do ser[20].

O processo de reconquista da saúde torna-se um embate de sofrimento, dor e morte com o renascimento e a cura. O médico é ser mágico, dual e contraditório, que se vale de ferramentas de dor e morte (cirurgias e procedimentos invasivos), assim como de cura e alívio (medicamentos e analgésico) para descobrir a doença e vencê-la. Esse poder aparentemente místico é fonte de sentimentos conflituantes de medo e adoração pelo médico, portador de segredos íntimos do corpo, portador das chaves para vida e a morte, ser que machuca para curar[20].

No estudo de Sebastiani e Maia[20], é visível a discrepância entre a percepção do profissional cirurgião e do paciente. O primeiro julgava que dele era mais esperada a capacitação técnica, responsabilidade e seriedade, enquanto os pacientes relatavam esperar um médico acolhedor e disponível para conversar. Ao mesmo tempo, o paciente viu a si como um estorvo, dados os seus receios e questionamentos frente ao profissional; enquanto enxergou os médicos como pessoas ocupadas e que deveriam achá-los frágeis e impotentes.

5. RESPEITO À LINGUAGEM POPULAR

Assim como o meio acadêmico, o consultório também é palco do preconceito linguístico no que concerne à comunicação médico-cliente e aos seus entendimentos, aumentando os possíveis vieses no desfecho do tratamento do paciente. Ao não respeitar a vivência, o conhecimento e em especial a linguagem do cliente, que na maioria das vezes é marcada por injuções sociais extralinguísticas, o entendimento do tratamento, orientações e até mesmo do diagnóstico se perdem nas diferenças linguísticas e nas formalidades daquela relação[21].

O respeito à linguagem do paciente perpassa por alguns pontos, entre eles a valorização demasiada da linguagem formal, por vezes, pelo próprio cliente, devido, entre outras, à questão do escopo sociolinguístico. Isso incute no paciente que a forma de falar do profissional de saúde, mesmo que não completamente compreendida por ele, é a correta; enquanto a sua linguagem popular, coloquial e regional, não deve ter espaço naquele ambiente, que muitas vezes é visto pelo cliente como superior, beirando a santidade[22].

Agravando essa questão, entra o regionalismo extremamente presente e importante na região amazônica, que enriquece e complica ainda mais o dilema linguístico nessa relação médico-paciente – para além de diferenças culturais, etárias e raciais, também há a linguística. Isso acontece por motivos diversos, como: a disponibilidade de cursos de formação da área de saúde, em geral nas regiões mais centrais e urbanas dos estados, associada ao custo de vida elevado nessas cidades; e educação básica precária para a maioria da população. Tais situações dificultam o acesso ao curso, e, mesmo quando as populações de áreas mais afastadas do centro conseguem ingressar no ensino formal em saúde, podem ter suas vozes subjugadas e reduzidas “em nome da” medicina e do método científico[23].

Na formação médica, mesmo na Amazônia, algumas vezes se esquece daquele objetivo que foi jurado na formação: cuidar, tratar, acolher, curar e, quando não possível curar, aliviar a dor. Para a relação profissional-paciente ser bem-sucedida, deve-se, primeiramente, ser explicada a condição de saúde ao paciente e aos familiares de forma clara, simples e respeitando os padrões de vivência cotidiana e regionalismos, a fim de que a mensagem seja compreendida e não apenas escutada e repetida de forma aleatória e vazia de entendimento[9].

Por fim, o respeito à linguagem do paciente e regionalismos imbuídos nada mais reflete que o respeito ao próprio cliente, incluindo-o na decisão de seu tratamento, fazendo-o ter voz ativa e consciência sobre sua situação de saúde, assim, melhorando a adesão ao tratamento, o apoderamento do diagnóstico e a relação com os profissionais de saúde que o tratam[24].

6. BREVE GLOSSÁRIO DE PALAVRAS E EXPRESSÕES EM SAÚDE

Exemplos de algumas palavras expressões em saúde encontradas na Amazônia brasileira e que podem auxiliar na melhor compreensão da comunicação médico-paciente:

Baldear: vomitar.

Brocado: sinonímia de esfomeado, com aumento do apetite.

Carapanã: mosquito.

Cobreiro: designa-se a Herpes zóster.

Curuba: o mesmo que sarna.

Desinflamatório: costuma ser utilizado em referência a fármacos antibióticos.

Desistir: a depender do contexto, sinônimo de defecar.

Dismintiduras: equivale a artropatias, deslocamento ósseo, contusão ou luxação.

Dor na pente: dor em região pélvica.

Égua: interjeição com múltiplos sentidos a depender da maneira com a qual é entoada, podendo indicar susto, surpresa, admiração, entre outros.

Empachamento: sensação de plenitude gástrica.

Esipla: sinônimo de erisipela.

Gito ou gitito: pequeno.

Levar o farelo: referente a ir mal em algo ou a alguém que foi a óbito.

Mofino: triste, abatido, adoentado, também utilizado para se referir à temperatura subfebril.

Mocorongo: alguém com marcha lentificada.

Nascida: o mesmo que furúnculo.

Papudinho: pessoa com hábito etílico frequente.

Passamento: mal-estar inespecífico ou provocado por fome.

Pereba: lesão cutânea inespecífica.

Remoso: aplica-se a alimentos os quais se acredita haver atividade pró-inflamatória.

Torar: quebrar, cortar, partir.

Tuíra: pele com aspecto opaco e acinzentado, devido, por exemplo, à xerose cutânea.

REFERÊNCIAS

1. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(12).

2. Falcão ARG, Souza LA de P. Variações linguísticas e seus efeitos na saúde: reflexões para a clínica fonoaudiológica. Distúrbios da Comunicação. 2021 Sep 28;33(3):526–36.

3. Teixeira LR, Pinheiro NC. Elementos de representação simbólica da cultura amazônica no programa Catalendas da TV Cultura - PA. Contemporânea Revista de Comunicação e Cultura. 2018 Oct 7;16(2):472.

4. Cruz RC. Linguagem coloquial e culta na língua portuguesa: onde e quando o “pobrema” não é problema. Revista Educação Pública. 2020 Fev 11;20(6).

5. Vicentini A. Apontamentos sobre o regionalismo em literatura hoje. Revista Mosaico-Revista de História. 2015;8(2):215-20.

6. Magnani CS. O estrangeirismo como fator de prestígio social ou estratégia de marketing em estabelecimentos comerciais de Curitiba. Curitiba. Dissertação [Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas] - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba; 2014.

7. Bagno M. Preconceito lingüístico: o que é, como se faz. 49. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2007.

8. Silva AA, Araújo IS, Miranda RKS de. Linguistic analysis of Marcos Bagno's" Linguistic prejudice": colloquial applications. Brazilian Journal of Development. 2021;7(12):111379-89.

9. Braga RL et al. Avaliação da comunicação médico-paciente na (Evaluación de la comunicación entre médico y paciente en la) perspectiva de ambos interlocutores. Salud (i) ciencia (Impresa). 2020; 6(8):668-72.

10. Naughton, Cynthia A. Patient-centered communication. Pharmacy. 2018; 6(1):18.

11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2014; Seção 1:8-11.

12. Isquierdo, APR et al. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2021 Jun 11; 45.

13. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS de, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35(1):52–7.

14. Fighera J, Viero, EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Revista da SBPH. 2005;8(2): 51-63.

15. Silva WV da; Nakata, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005;58: 673-6.

16. Pinto JA, Silva KM da, Sechinato M da S, Figueiredo M das GMC de A. A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente/The Doctor-Patient Relationship According to Perspective of the Patient. Revista Ciências em Saúde. 2012 ;2(3):17–27.

17. Pontes AL de M, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(10):3199–210.

18. Yajahuanca RA, Diniz CSG, Cabral C da S, Yajahuanca RA, Diniz CSG, Cabral C da S. We need to "ikarar the kutipados": intercultural understanding and health care in the Peruvian Amazon. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2020 Nov 10];20(9):2837–46.

19. Silva RP da, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares T de O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015 Dec;19(suppl 1):1005–14.

20. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. Acta Cirurgica Brasileira. 2005;20(suppl 1):50–5.

21. Gremes RP. A sociolinguística e a desconstrução do preconceito linguístico. Caderno Humanidades em Perspectivas. 2021;5(10):78–89.

22. Campos CFC, Fígaro R. A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2021;16(43): 2352.

23. Melo AV de, Sant'Ana GR de, Bastos PRH de O, Antônio L. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. Revista Bioética. 2021 Jul;29(3):487–98.

24. Silva AK. Doença Falciforme, preconceito linguístico e sociorracial: a desinformação como determinante social da saúde no Estado do Pará, Amazônia. Amazônica - Revista de Antropologia. 2017 Oct 23;8(2):518.

CAPÍTULO 3

SAÚDE E CIRURGIA DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS: RIBEIRINHOS, INDÍGENAS E QUILOMBOLAS

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Querly Oliveira Silva

Giovana Silva Correa Reis

Tarciza Fernandes Nascimento

Estherfanny da Nóbrega Pinheiro

Andrícia de Jesus de Melo e Silva

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Marcus Vinicius Henriques Brito

José Antonio Cordero da Silva

"Pois veja só: tudo aquilo
de que a gente necessita
é no rio que a gente pega.
O rio rasga a floresta;
das plantas e pedras do mundo
ele retira os remédios
saídos do fundo da terra
que curam todos os males,
toda doença que existe —
é só saber procurar".
(Elizabeth Bishop)

Historicamente, o sistema de saúde no Brasil foi estruturado com base em um modelo de atendimento voltado para a elite da população, no qual os indivíduos abastados solicitavam a presença de médicos e arcavam com os custos de sua assistência. Por outro lado, o cuidado com a saúde dos menos favorecidos era fornecido por meio da assistência caritativa cristã, por instituições como as Santas Casas de Misericórdia, ou por intermédio de práticas tradicionais de cura, por vezes auxiliadas por benzedeiras, pajés ou outros líderes espirituais[1].

Com a persistência das epidemias como a da febre amarela, peste e varíola, o poder público foi compelido a adotar medidas sanitárias emergentes. Formou-se então a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão responsável pelas ações de combate e controle às epidemias. Posteriormente, viu-se a necessidade da reorganização dos Serviços Sanitários Federais e, por conseguinte, criou-se o

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, considerado o precursor da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no Brasil[2].

Nessa mesma época, ocorreu também a implantação de instituições voltadas para a pesquisa biomédica, que contribuíram diretamente para a construção científica de políticas de saúde no país[2]. Apesar do progresso ao longo dos anos, é necessário compreender que as ações sanitárias voltadas às populações tradicionais, como os ribeirinhos, indígenas e quilombolas, caminham a passos lentos devido às especificidades e vulnerabilidades dessas comunidades e ao provável desinteresse político.

Com base nessa premissa, este capítulo busca que o leitor compreenda mais sobre saúde e cirurgia nas populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas; afinal, urgem medidas que melhorem a atenção à saúde e a atuação nessas comunidades, principalmente nas práticas seguras integradas.

1. SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

A população ribeirinha é composta por trabalhadores cujo sustento é obtido principalmente por meio dos recursos naturais, trabalho artesanal e atividades agrícolas. Geralmente, ocupa-se do extrativismo do açaí, buriti e cacau, mas também da pesca e confecções de produtos artesanais, como a peneira, e olaria na fabricação de telhas de barro e vasos de cerâmicas. Nessas comunidades, o rio também é elemento central na definição da vida econômica, social e cultural[3].

Os produtos gerados costumam ser comercializados dentro da própria comunidade e, não raro, são adquiridos a preços abaixo do mercado para, em seguida, serem vendidos com margem de lucro importante sobre o valor original. A renda costuma ser complementada com recursos de programas governamentais, tais como o Programa Bolsa Família e Direito à Cidadania. Existe ainda o seguro defeso, auxílio conferido a quem depende da pesca durante os períodos de reprodução dos peixes, quando a pesca comercial fica proibida, objetivando-se a preservação da biodiversidade[4].

Na Amazônia, diverso é o número de populações encontradas ao longo dos rios, com suas casas construídas às margens desses cursos de água. As residências tradicionais são construídas com madeira, podendo-se citar as palafitas (moradias suspensas para proteção nos períodos de cheia) e as casas flutuantes (sustentadas com grandes troncos de árvores, geralmente de açacus, que operam como boias)[4].

Os ribeirinhos costumam ser vistos, especialmente pela população da cidade, como pessoas com modo de vida “rústico ou primitivo”, em virtude da sobrevivência regida pelo tempo da natureza[3].

Devido às características singulares de seu modo de vida, com estreita relação com a Floresta e o clima tropical, a população ribeirinha enfrenta exposição a riscos e agravos à saúde significativamente distintos aos da população urbana. Frequentemente, observa-se importante incidência de acidentes envolvendo animais venenosos, picadas de arraias, Doença de Chagas (inclusive, sendo comum a transmissão via oral relacionada ao consumo de açaí) e doenças transmitidas por vetores, como a malária[5].

Em suma, há três formas principais de os ribeirinhos receberem assistência à saúde[4]:

1. procurando atendimento na sede do município ou na capital;
2. através de equipes de saúde que se deslocam por intermédio do Barco da Saúde ou da Unidade Básica de Saúde Fluvial;
3. ou recebendo na comunidade barcos missionários de Organizações Não Governamentais (ONGs).

Não obstante, os serviços de saúde situam-se a grandes distâncias ou existem dificuldades econômicas de acesso aos estabelecimentos, o que fortalece concepções próprias sobre o adoecimento e a utilização de conhecimentos empíricos em saúde. A preocupação é que essa realidade se transforme em palco de combate entre a Medicina Científica e a Medicina Popular. Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume protagonismo como mediador de ambos os saberes, uma vez que habitualmente reside dentro da comunidade, criando um vínculo mais próximo e intenso com a população assistida. O ACS é partícipe das visitas domiciliares, das ações de prevenção e promoção à saúde e da identificação de áreas de risco, além de outras atribuições[4].

1.1 População ribeirinha e políticas de acesso à saúde

O direito à saúde é um direito fundamental social estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e deve ser assegurado pelo Poder Público (União, estados e municípios), no sentido de ser fundamental para o exercício da vida humana[6].

Dessa forma, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual busca a proteção social, a universalização do cuidado e, sobretudo, a produção de respostas às necessidades de saúde e acesso aos seus serviços de forma equitativa e integral para as populações, inclusive na Amazônia Brasileira[7]. Apenas com a publicação da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, é que se instituem critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção dessas equipes, que são destinadas ao atendimento de populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul, através das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR)[8,9].

Há diferenças entre os arranjos da ESFF e ESFR. A primeira encontra-se vinculada a Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis, e a última está vinculada à uma Unidade fixa, apesar de o acesso às comunidades ocorrer por via fluvial. Em ambas, a equipe mínima deve ser formada por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e 12 ACSs. Em áreas endêmicas, pode-se incluir um microscopista, e, nas redes credenciadas em Saúde Bucal, devem fazer parte o odontólogo e um técnico ou auxiliar em saúde bucal. O atendimento das equipes ribeirinhas para com a comunidade se dá por 14 dias (8h/dia), sendo 2 dias reservados ao planejamento e à Educação Permanente [10].

Em 2 de dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.866, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, buscando ampliar o atendimento às necessidades dessas populações[11]. Por ser uma política transversal, deve estar presente nos diferentes pontos de atenção, incluindo os de alta complexidade, sendo, assim, de responsabilidade do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) – instrumento legal que visa garantir, pelo SUS, o tratamento médico de média e alta complexidade a usuários portadores de doenças não tratáveis no município de origem, quando esgotados todos os meios existentes na microrregião[12].

No entanto, essa legislação, apesar de ser planejada, não é devidamente implementada, apresentando baixa adesão dos municípios à política de ampliação de acesso a esse segmento da sociedade[13]. Além do mais, esses brasileiros têm que enfrentar falta de saneamento básico, insalubridade da água, favorecendo a disseminação de doenças como leptospirose, hepatite, dengue e febre amarela. Além do assoreamento e contaminação dos rios, devido às atividades de garimpo e mineração, que dificultam o transporte e a pesca para a sua sobrevivência[14].

2. SAÚDE DE INDÍGENAS

No livro de Gersem, autor indígena que é líder Baniwa e antropólogo, cita-se a definição técnica elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1986 sobre os povos indígenas, conceituando-os como[15]:

> [...] aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência, em conformidade com seus próprios padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos[15].

No Censo demográfico mais recente realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no país em 2010, a população indígena brasileira era de 896.917.

As populações indígenas estão presentes em todos os estados do Brasil, mas com maior concentração na Região Norte (37,4% do total). Nessa região, o estado com o maior número de indígenas é o Amazonas, representando 55% do total[16]. Contudo, na última prévia do novo censo nacional em curso, o IBGE informa que o resultado preliminar já registra mais de 1.600.000 pessoas indígenas[17].

Historicamente, esses povos apresentavam como principais morbidades as doenças infecto-parasitárias, todavia, com a incorporação de hábitos culturais e alimentares, e com a mudança para regiões urbanas (36% dos indígenas), as doenças crônicas não transmissíveis, comorbidades mentais, abuso de substância e suicídio têm se tornado mais relevantes, contribuindo para taxas de morbimortalidade três a quatro vezes maiores do que a população em geral e expectativa de vida abaixo de 40 anos em algumas regiões do Brasil[18].

Nessa perspectiva, é necessário investigar padrões de risco, vulnerabilidades e determinantes sociais, segundo etnia, cultura e inter-relações entre modelo assistencial recomendado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) *versus* realidade disponível nas localizações geográficas de atuação. Esse olhar evidencia que o estabelecimento de mecanismos e políticas públicas específicas tornou-se imperativo para suprir as necessidades dessa população, que vive as suas questões de saúde conforme a sua cultura e condições materiais, de modo a minimizar as diferenças e desigualdades, ainda tão predominantes, em pleno século XXI.

2.1 Leis e políticas públicas da saúde indígena na nova república

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi abandonada a abordagem prévia de integração compulsória e passou-se a valorizar a proteção da pluralidade cultural dos povos indígenas, assim como assegurar o direito inviolável à saúde através do SUS, necessitando da formação de mecanismos e estruturas singulares que atendessem às suas demandas específicas[19].

No Decreto nº 23/91, houve a transferência da responsabilidade de coordenação de ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde[20]. No mesmo ano, através da Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com representantes indígenas, do governo federal, de universidades e de organizações não governamentais, com o intuito de produzir conhecimentos da saúde dos povos indígenas, e auxiliar na elaboração de diretrizes das políticas do Conselho Nacional de Saúde[21].

Com a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, reafirmou-se a exclusividade da responsabilidade do Ministério da Saúde na formação de políticas e diretrizes com execução

pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) – organizado por meio de Distritos sanitários indígenas (DSEIs). Essas são as unidades organizacionais que atuam como base populacional e territorial para as políticas públicas e que foram definidas respeitando a distribuição tradicional desses povos, as relações sociais entre diferentes grupos, muitas vezes diferindo dos limites geográficos estabelecidos de estados e municípios que permeiam[22].

Em 31 de janeiro de 2002, através da Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, foi promulgada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que objetivava garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, respeitando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política[23].

Em 2010, por meio do Decreto nº 7.336/2010, foi formada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), subordinada ao Ministério da Saúde[24].

O programa “Mais Médicos” foi lançado em 2013 com o objetivo de levar médicos para regiões remotas e carentes do país, onde a oferta de profissionais de saúde era escassa. Até 2017, um total de 519 médicos foram alocados para as áreas indígenas, auxiliando a amenizar os déficits com bons resultados, melhorando índices e capacidade de produção das equipes nos locais[25].

As equipes de saúde dos DSEI são responsáveis pelas políticas de promoção à saúde e o fornecimento de atendimento. Dentre os residentes, são selecionados e contratados os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), para prestar serviços básicos de saúde em sua área de abrangência. A porta de entrada na rede descentralizada são os Postos de Saúde, que têm como proposta a resolução da maior parte da demanda com suporte dos Polos Bases – centros de maior complexidade que abrangem um grupo de aldeias, oferecendo a primeira referência com equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. Para serviços de média e alta complexidade, seguem o sistema de referência e contrarreferência com auxílio da Casa de Saúde Indígena (CASAI), que recepciona, aloja e alimenta o paciente e seu acompanhante durante todas as fazes do tratamento[18].

A Figura 1 apresenta uma linha temporal que sintetiza os principais marcos apresentados em relação às Políticas Públicas voltadas à Saúde Indígena no Brasil.
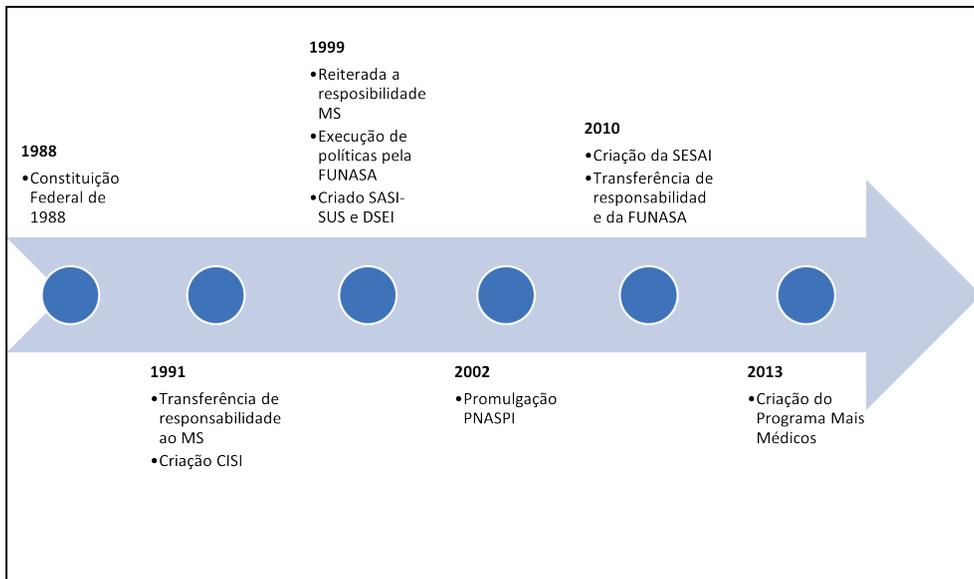
Figura 1 - Linha temporal acerca das Políticas Públicas voltadas à Saúde Indígena.

3. SAÚDE DE QUILOMBOLAS

As comunidades quilombolas são produto intrínseco da resistência à escravidão, representando a perseverança e a luta dos afrodescendentes em busca de liberdade e dignidade. Constituídas por descendentes de pessoas que fugiram ou resistiram à condição de escravização, essas comunidades se desenvolveram em territórios próprios nas mais diversas regiões do Brasil, denominados quilombos, onde encontraram refúgio contra a repressão dos capitães do mato e seus senhores e estabeleceram formas autônomas de organização social, política e econômica. Os quilombos surgiram como espaços de resistência ativa, onde os escravizados buscaram romper com o sistema opressor e construir uma realidade alternativa baseada em princípios de liberdade, solidariedade e preservação de sua cultura[26].

Resumidamente, conforme o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, as comunidades quilombolas são aquelas constituídas por uma população que reconhece sua ancestralidade africana com uma identidade étnico-racial definida. Essas comunidades possuem uma história própria marcada por lutas e resistência contra as opressões sociais, além de manterem fortes ligações territoriais[27].

Atualmente, existem no Brasil 2.744 comunidades quilombolas espalhadas por 24 estados do país, conforme dados de 2019. Suas atividades econômicas predominantes incluem a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato[26].

Abordar a saúde da população quilombola implica em resgatar as desigualdades históricas e lutar contra as condições socioeconômicas desfavoráveis enfrentadas por essas comunidades. A falta de acesso adequado aos serviços de saúde, saneamento básico, transporte e acesso à educação, aliada à discriminação racial e à exclusão social, contribui para agravar os problemas de saúde e reduzir a qualidade de vida dessas populações[26].

Durante séculos, as doenças infecciosas foram predominantes nas comunidades quilombolas, devido às condições de higiene precárias, à falta de saneamento básico e à falta de acesso a cuidados médicos adequados. Diarreias, parasitoses intestinais, infecções respiratórias e doenças transmitidas por vetores como a malária eram comuns nessas comunidades[28].

Atualmente, além das doenças infectocontagiosas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e doenças cardiovasculares, têm se tornado mais prevalentes. Essa mudança ocorre devido a uma série de fatores, incluindo a transição nutricional, com a assimilação de alguns padrões culturais da população urbana, a maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados, adoção de padrões alimentares menos saudáveis e as mudanças no estilo de vida[29].

Ademais, a discriminação racial e as desigualdades socioeconômicas persistem nas comunidades quilombolas, o que contribui para disparidades no acesso aos serviços de saúde, diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de doenças. Essas disparidades podem impactar negativamente o controle e a gestão das doenças crônicas nessas populações[28,29].

É importante ressaltar que, apesar da transição epidemiológica em curso, as altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais ainda representam um importante desafio, especialmente naquelas populações localizadas em áreas rurais e de difícil acesso[30].

Por fim, as referências culturais de comunidades quilombolas, indígenas e outros povos tradicionais só serão realmente salvaguardadas quando as políticas patrimoniais voltarem seus esforços para as reais demandas dos grupos.

4. AÇÕES DE SAÚDE E CIRURGIA EM ÁREAS INDÍGENAS, RIBEIRINHAS E QUILOMBOLAS

No artigo 198 da Constituição brasileira, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e participação comunitária[6]. Guimarães (2016) entende que o processo de regionalização “não se trata apenas de delimitar um território geográfico, é necessário pactuar acordos políticos que sejam coerentes com o uso do território pelos agentes locais que o utilizam”[31].

A importância de falar do espaço habitado se dá mediante a necessidade de oferecer às populações mais vulneráveis uma oferta e qualidade de atendimento condizente com a sua necessidade, respeitando, assim, o princípio de equidade do SUS, que é fundamental para que se faça a correção das injustiças sociais e históricas e se assegure o acesso à saúde a todos[32].

Entretanto, em território nacional ainda são observados grandes traços de iniquidade relacionados à etnia ou local de moradia, com evidente prejuízo para as comunidades quilombolas, indígenas e ribeirinhas; e, para além das desigualdades sociais, a posição geográfica de predomínio rural dificulta o acesso e a adesão aos serviços de saúde[33].

Em meio a essas desigualdades, algumas estratégias foram direcionadas pelo governo brasileiro, a exemplo, o Programa Mais Médicos, criado em 2013 (Medida Provisória nº 621/2013), com o objetivo de suprir as necessidades de médicos nessas regiões. Entre 2013 e 2017, o Programa Mais Médicos contou com 18.500 profissionais. Esse programa, notoriamente, trouxe maior cobertura de médicos em áreas de difícil acesso e maior vulnerabilidade, assistindo 400 municípios que previamente não tinham esses serviços, principalmente nos DSEI[34,35].

Embora as estratégias levantadas tenham reduzido em algum grau as desigualdades de acesso à saúde, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que prevê o congelamento dos gastos públicos pelas duas décadas seguintes, dentre os quais, os gastos com a saúde, somado a medidas de retirada de verbas e desestruturação de políticas públicas em saúde a partir de 2017. Essa combinação de fatores contribuiu para a perpetuação das desigualdades no acesso à saúde, deixando as populações tradicionais e de baixa renda em uma situação de vulnerabilidade ainda maior[36,37].

Outrossim, pensando em descrever um modelo resolutivo de atendimento a essas populações, é válido destacar o trabalho protótipo da Organização não governamental dos Expedicionários da Saúde (EDS), que teve início em 2002, com o objetivo de levar medicina especializada, principalmente atendimento cirúrgico, às populações indígenas e ribeirinhas que vivem isoladas na Amazônia brasileira[38].

Eles realizam um serviço complementar aos programas de atendimento à saúde da região e visam evitar a necessidade de deslocamento, nem sempre viável, do doente e sua família até centros urbanos. Por isso, foi pensada e desenvolvida uma tecnologia social inovadora e adaptada às necessidades de atuação na Amazônia, o Centro Cirúrgico Móvel (CCM), que é uma forma de trabalho moderna, utilizada pela primeira vez no Brasil por uma organização civil. Essa tecnologia foi implementada em 2005 e vem sendo reaplicada em constante aperfeiçoamento desde então[38,39].

Ressalta-se que o CCM é adaptável às condições mais extremas da Floresta Amazônica. É uma tecnologia desenvolvida por engenheiros voluntários, que viabiliza o acesso gratuito à saúde especializada, principalmente cirúrgica, aos povos indígenas e ribeirinhos que vivem geograficamente em áreas remotas e/ou isoladas[39].

A estrutura abriga salas de cirurgias oftalmológicas, cirurgia geral, pequenos procedimentos, conforto médico, sala de espera para pacientes, vestiário e Centro de Material e Esterilização (CME). Além disso, possui os mesmos equipamentos modernos e seguros oferecidos nos grandes hospitais do Brasil[39].

O Centro Cirúrgico (Figura 2) é parte de um grande Complexo Hospitalar Móvel (Figura 3) montado a cada expedição, levando-se em conta as condições de cada comunidade. Para que seu funcionamento seja possível, entretanto, a EDS, com o apoio da Secretaria de Saúde Indígena, realiza obras preliminares de adequações, como instalação de caixas d´água, fossas, poços, construção de banheiros e revitalização de centros comunitários, melhorias que são entregues às comunidades ao fim das expedições[39].

Figura 2 - Representação de Centro Cirúrgico Móvel na Amazônia.
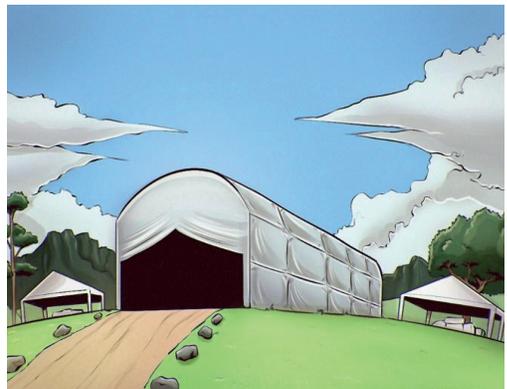
Figura 3 - Representação de Complexo Hospitalar Móvel na Amazônia.

Além do Centro Cirúrgico, o Complexo Hospitalar abriga um ambulatório de oftalmologia, consultórios de diferentes especialidades médicas e odontológicas, salas de exames, ambientes de pré e pós-operatório, farmácia, fábrica de óculos, recepção e triagem de pacientes, cozinha, alojamentos, banheiros, entre outros. É uma estrutura autossustentável que depende apenas da captação de água de rio para que seja capaz de operar, já que toda sua energia é produzida por modernos geradores móveis[39].

Os expedicionários têm deliberadamente optado por prestigiar comunidades indígenas geograficamente isoladas, que frequentemente são as mais carentes de cuidados, procurando valorizar seu povo, sua cultura e promover a preservação do meio

ambiente. Eles oferecem o atendimento por meio de um diagnóstico prévio, no qual são selecionados os pacientes que necessitam de atendimento clínico e/ou cirúrgico[38].

Tornar a produção do CCM um modelo padrão de assistência às demandas das comunidades vulneráveis é uma estratégia que deveria ser pensada e colocada em prática em várias regiões do país. Observa-se que a oferta de saúde e cirurgia entre as populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas é desafiadora e por isso carece de atenção e maiores incentivos por meio de políticas públicas direcionadas.

Para a saúde, a análise do território é componente primordial para a organização do serviço em consonância com as necessidades da população. Logo, olhar para as especificidades da população suscita a reflexão sobre um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a equidade, objetivando o respeito às especificidades, diversidades e necessidades de cada indivíduo ou grupo social, uma vez que todos os indivíduos têm direito à saúde, mas são pessoas diferentes e, portanto, possuem necessidades distintas.

REFERÊNCIAS

1. Sanglard G. ASSISTÊNCIA NA ANTIGA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO: contribuições para o debate acerca de sua organização (1830-1890). História (São Paulo). 2021; 40 (e2021035): 1-28.

2. Brasil. Decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Dá Regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil (Rio de Janeiro). 1921; 2: 1157.

3. Fernandes JSN. Política de Desenvolvimento na Amazônia: Um Olhar Para as Famílias Ribeirinhas. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018; 16(1).

4. Reis MH da S, Portugal JKA, Campos GL, Pereira V de S, Júnior JCFP, Germano SNF, et al. Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021 Nov 17;13(11):e9273.

5. Reis MH da S, Portugal JKA, Mariño JM, Barros W da S, Dantas J de S, Souza TTG de, et al. O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020 Jul 9;(53):e3631.

6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

7. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública 2018; 34(8):1-14.

8. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2011; 21 out.

9. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2017; 21 set.

10. Kadri MRE, Santos BS dos, Lima RT de S, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019;23.

11. Brasil. Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União 2011; 02 dez.

12. Oliveira JM, Guedes TRON, Schweickardt JC, Santos ICPAM, Reis AES. O Acesso da População Ribeirinha do Rio Amazonas ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Saúde Coletiva (Barueri). 2022; 12(76): 10530–10539.

13. Lima RTS, et al. Saúde em Vista: Uma Análise da Atenção Primária à Saúde em Áreas Ribeirinhas e Rurais Amazônicas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021; 26(6).

14. Gonçalves RM, Domingos IM. População ribeirinha no Amazonas e a Desigualdade no Acesso à Saúde. Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD). 2019; 11(1): 99-108.

15. Oliveira ADC. LUCIANO, Gersem dos Santos. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 2006. 233p. (Coleção Educação Para Todos. Série Vias dos Saberes n. 1). Espaço Ameríndio. 2008 Dec 31;2(2):186.

16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Manual do Recenseador. CD 1.09. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

17. IBGE. Com a coleta concluída na TI Yanomami, Censo já registra 1.652.876 pessoas indígenas em todo o país [Internet]. Brasília: IBGE [atualizado em 2023 Abr. 03; citado em 2023 Mai. 23]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/36595-com-a-coleta-concluida-em-tis-yanomamis-censo-ja-registra-1-652-876-pessoas-indigenas-em-todo-o-pais.html.

18. Heufemann NEC, Ferla AA, Lima KMS, Martins FM, Lemos SM, et al. Saúde indígena: educação, gestão e trabalho [Internet]. 1st ed. Porto Alegres: Rede Unida; 2020. Available from: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Livro-Saude-Indigena-educacao-gestao-e-trabalho.pdf

19. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

20. BRASIL. Decreto nº 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União, 1991.

21. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1991. Seção 1, p. 28717-28718.

22. BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 1999.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 fev. 2002. n. 26, Seção 1, p. 46-48.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.336, 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2010. Seção 1, p. 06.

25. Schweickardt J, Ferla A, Tobias R, Lima S, Soares J, De Amorim C. Artigo original O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. [cited 2022 Apr 28]; Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51349/v44e242020.pdf

26. Rosa LGF da, Araujo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. Aletheia [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Jun 14];53(1):109–20. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942020000100010

27. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, 2003.

28. Amanda dos Santos, Daliana Caldas Pessoa, José Fernandes Filho, Emanuelly Bernardes-Oliveira, Cristina, Rafael Lima Resque, et al. Comunidade Quilombola: Aspectos relativos à saúde da mulher no Nordeste brasileiro / Quilombola Community: Aspects related to women's health in Northeastern Brazil. 2022 Jan 19;8(1):5228–42.

29. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Revista CEFAC. 2011 May 20;13(5):937–43.

30. Cardoso CS, De Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2018 Apr 4;12(4):1037.

31. Guimarães WSG. Avaliação da atenção pré-natal na Atenção Básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde [dissertação de mestrado]. Amazonas: Universidade Federal do Amazonas, Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias. 2016.

32. Machado GCXMP, Maciel TM de FB, Thiollent M. Uma abordagem integral para Saneamento Ecológico em Comunidades Tradicionais e Rurais. Ciência & Saúde Coletiva. 2021 Apr;26(4):1333–4.

33. Fernandes MC, Freitas FFQ, Freire EA, Massagli SCC. Intelecções sobre possibilidades cuidativas em saúde no campo da interdisciplinaridade. 1 ed. Curitiba: Appris Editora e Livraria Eireli-ME. 2019.

34. BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.

35. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26(suppl 2):3435–46.

36. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016.

37. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF de, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(10).

38. Sales, CRG, Sabongi ML, Monteiro, MI. Capacitação da enfermagem no processamento de produtos para atuação em expedições na Amazônia brasileira. Revista SOBECC. 2019, 24(3): 168-71, 2019.

39. Sales, CRG et al. Logística de implementação de bloco cirúrgico na floresta: atuação do enfermeiro. Revista SOBECC. 2016, v. 21, n. 3, p. 162-169, 2016.

CAPÍTULO 4

BIOÉTICA E ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE E CIRURGIA – BENZEDEIRAS, PARTEIRAS, PAJÉS E PAIS DE SANTO

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Andrícia de Jesus de Melo e Silva

Camilla Cristina Pereira Leitão

Estherfanny da Nóbrega Pinheiro

Giovana Silva Correa Reis

Sérgio Antonio Batista dos Santos Filho

Gabriela de Pinho Domingues

Renata Ayres de Abreu Dória

José Antonio Cordero da Silva

"Mapinguari o benzedeiro
Procurava no terreiro
Uma erva para curar o mal
Pião pajé, folha de jucá,
Invocando o sobrenatural".
(Márcia Wayna Kambeba)

Diante de sua natureza e beleza deslumbrantes, a Amazônia vivencia práticas, saberes de múltiplas especificidades que sempre despertaram o interesse em "cartografar, exorcizar ou sublimar seus signos, símbolos e emblemas, as figuras e as figurações, a realidade e os mitos que povoam a fauna, a flora, os rios e as especiarias, os seus nativos e os intrusos"[1].

Muito desse interesse remonta os tempos do Brasil colônia, quando nossos colonizadores observaram o contínuo uso das plantas medicinais como prática cultural, chegando à contemporaneidade por diferentes gerações.

Nesse aspecto, destaca-se a também a atuação, sobretudo, de mulheres amazônicas que, pelos costumes, tradição e convivência espontânea, figuram como benzedeiras, curandeiras e erveiras na prática de saberes, vivências e encantos medicinais, cujos conhecimentos são seculares[2].

Esse múltiplo papel vivenciado pelas mulheres também foi registrado na formação dos quilombos, definindo-as como cuidadoras dos males espirituais e físicos dos moradores das comunidades quilombolas.

O tratamento é baseado nas rezas, chás, banhos e unguentos preparados com as ervas colhidas e a partir de compostos animais – como banhas ou sebos. Em muitas comunidades tradicionais (ribeirinhas, quilombolas, indígenas, rurais), as plantas medicinais ainda são os meios mais acessíveis como tratamento para diversas doenças, cultivadas nos quintais das mais variadas formas[2].

Em se tratando do uso de plantas medicinais pela população, Gadelha *et al*[3] traz a afirmação de que o mais importante para as comunidades não é a cientificidade comprovada da planta, mas sim o efeito de resposta dela no cotidiano dos usuários. O conhecimento popular ou tradicional é engendrado pela experiência somada à crença sobre seus efeitos, sendo fortalecido pela resposta ou resultado sobre os agravos e/ou enfermidades.

O desafio atual é tornar acessível a medicina contemporânea a esse palco da diversidade cultural que a Amazônia brasileira representa. Ao mesmo tempo, fazer com que sejam respeitados, ou até mesmo incorporados, saberes e/ou práticas de cuidados tradicionais nos sistemas de saúde.

Ainda, o capítulo a seguir tem a intenção de mostrar a diversidade de tratamentos e filosofia de trabalho daqueles que, por muitos anos, representaram a principal forma de assistência à saúde vivenciada pelas populações da Amazônia.

1. AS RELIGIÕES DE MATRIZ AFRICANA NA AMAZÔNIA

As religiões afro-brasileiras são guiadas pelo culto aos Orixás e entidades – sejam ancestrais ou manifestações da natureza –, seres incumbidos pela criação e pelo equilíbrio do universo[4]. Nesse sentido, pais e mães de santo são figuras de liderança, responsáveis por guiar espiritualmente os iniciados (filhos de santo), exercendo um parentesco que extrapola os vínculos biológicos[5]. O terreiro é o palco central dos cultos e ritos aos Orixás e representa não apenas espaço de comunhão, mas também de cura e de resistência cultural.

A quimbanda, a cabula, o catimbó e – mais intensamente difundidos – o candomblé e a umbanda são apenas algumas das manifestações das religiões afro-brasileiras, as quais estão no seio da formação identitária brasileira[6]. A forçada diáspora africana para o Brasil entre os séculos XVI ao XIX foi responsável pela vinda de, em especial, povos sudaneses advindos de diversas regiões da África – Nigéria, Benin, Costa do Marfim, Gana e Mali. Apesar da multiplicidade de povos, esses grupos étnico-culturais falavam línguas semelhantes e proferiam religiões análogas, assim formando a religião candomblé[6,7].

Na região Norte, inúmeras matrizes começaram a entrar na Amazônia ao final do século XIX, na qual até hoje perpetua-se o mito da "Amazônia Indígena", pois até o Período da Borracha, a pajelança indígena era o que predominava na região. Destaca-se, em território paraense, o tambor de mina, primeiro credo a se enraizar na Amazônia, trazido por mulheres negras atraídas pela economia da borracha[8].

1.1 Pais e mães de santo: promotores de saúde

O modelo biomédico se limita a explicar o processo de saúde-doença apenas pelas lentes da Biologia. Em contraponto, as religiões afro-brasileiras entendem esse binômio de forma mais ampla e integral, englobando tanto doenças físicas como as espirituais[6]. Na crença africana, o mundo físico apresenta uma forte conexão ao mundo espiritual, havendo a possibilidade de troca de favores. Assim, as oferendas e os sacrifícios são formas de agradar as entidades e/ou os Orixás para que estes auxiliem em alguma necessidade do fiel, a exemplo do campo dos relacionamentos, da saúde, entre outros[4,9].

Nessa perspectiva, os pais e mães de santo – Babalorixás e Ialorixás, respectivamente – destacam-se pela capacidade de exercer qualquer função dentro do terreiro: sacrificar oferendas, colher plantas sacras e consultar oráculos[2]. São figuras de hierarquia máxima em torno dos quais orbitam os outros membros da família de santo, e são responsáveis por deter e transmitir vasto conhecimento sobre o sagrado e as formas de curar doenças da mente e do corpo[9,10].

Ademais, o uso de plantas medicinais nos grupos afro-religiosos é uma característica marcante não apenas nos ritos, mas também nas comemorações de festas e no repertório de cuidados com o corpo e com a alma. No processo de cura, há diversas etapas que vão desde a identificação da planta até complexos procedimentos de extração, envolvendo importantes variáveis que influenciam no sucesso da cura, como: período e local de extração, cantos de permissão, cantos de agradecimento. Alguns rituais destacam-se pelo seu papel na saúde dos praticantes e pelo uso ativo das plantas medicinais, como os *boris*, tratamento de limpeza e fortificação para os filhos de santo com algum problema de saúde[10,11].

2. PAJÉS NA AMAZÔNIA OU MÉDICOS POPULARES

O trabalho dos Pajés na Amazônia sempre foi cercado do aspecto místico e ritualístico. Em muitos casos, eles não detinham conhecimento apenas sobre curas, toxicidade de plantas e extração de produtos curativos da floresta. Havia também o contato com espíritos, os quais revelariam a etiologia da doença acometendo o paciente e, por

vezes, o trabalho sequer envolvia a cura, mas somente a previsão do desfecho do quadro clínico[12].

Historicamente, a chamada "pajelança cabocla", particularmente na Amazônia rural, tem suas raízes nas crenças e tradições dos antigos Tupinambás, após fusões culturais importantes a partir do contato com negros e brancos na segunda metade do século XVIII[13].

O pajé – ou a pajé – seria um profundo conhecedor dos remédios da natureza, originados de plantas e animais, realizando um papel similar ao de um "médico popular". É muito comum que também desempenhe a função de benzedor e parteiro, mostrando a interconexão entre esses ofícios seculares. Outrossim, no contexto da pajelança, observa-se a forte crença nos "Encantados", ainda conhecidos como Caruanas, entes invisíveis capazes de ofertar dons e missões ao pajé, incorporados nos rituais e práticas de cura[13].

Silva[14] faz um relato de um caso ocorrido no Rio Urubuéua Fátima no estado do Pará, na Casa de Cura da Dona Neca, uma senhora curandeira adepta de práticas pertinentes à pajelança. Nesse caso, conta-se que um senhor chamado Manoel sentia dores intensas há pelo menos 4 meses, que não cessavam com nenhuma medicação alopática prescrita por médicos. Este foi em busca de Dona Neca, que, por meio do Encantado Caboclo Tupiaçu, descobriu que Manoel havia sido enfeitiçado. Assim, foi realizado o contrafeitiço como prática de cura:

> "A doença está enraizada na barriga desse homem, eu estou trabalhando para fazer com que essa doença saia e por isso a dor que ele está sentindo. E não tem outro jeito, se vocês me autorizarem eu paro com o tratamento aqui, mas ele não passa de amanhã vivo. [...] Eu vou retirar a doença do corpo desse homem agora. O feitiço foi quebrado, eu fiz o contrafeitiço que é a quebra do feitiço, mas tenho que tirar a doença da carne dele"[14].

Na narrativa, é descrito todo o ritual de cura, no qual integram-se elementos comuns na pajelança: envolvimento por uma espécie de transe estimulado pelo fumo ou pelo álcool; o ato de realizar defumações próximas ao paciente; as massagens e aplicação da boca por meio de sucções no local afetado. Ao fim do relato, conta-se que Manoel sentiu-se aliviado de suas dores[14].

Com o crescimento urbano, houve uma deslegitimação do ofício por parte de médicos e autoridades públicas, com base em estereótipos reproduzidos no meio acadêmico, inclusive utilizando-se o termo charlatanismo para as práticas xamânicas. Acreditava-se que os pajés eram responsáveis pelo agravamento do quadro de pacientes, uma vez que a crença no seu trabalho afastaria a população do atendimento médico ambulatorial e hospitalar (ressalta-se que o acesso à medicina tradicional era dificultado por questões financeiras e geográficas, assim como é atualmente)[12].

Aqui, recomenda-se a leitura do livro *A Ialorixá e o Pajé*, de Maria Stella de Azevedo Santos[15], que consegue ser um retrato do que tem acontecido na Amazônia e pode servir como uma excelente ferramenta educativa. A obra de 2018 traz o protagonismo de um pajé e de uma enfermeira, os quais permutam saberes e práticas em saúde, embasados. Ambos detêm uma relação amigável, contudo, o restante da equipe de saúde "enxerga" o pajé com um olhar envolto de pré-conceitos e etnocentrismos. De forma contagiante, a autora faz os leitores se voltarem a um olhar de respeito, empatia e ética diante das práticas interculturais de cuidado[15,16].

3. A REZA COMO INSTRUMENTO DE CURA: O PAPEL DAS BENZEDEIRAS

Benzedeiras (Figura 1) são mulheres que se apropriam de conhecimentos e saberes milenares, por meio de ensinamentos que perpassam gerações, embasados no dom da cura espiritual, cujas práticas da religiosidade tornam-se referências vivas de um processo de aprendizado. Por estarem cotidianamente envolvidas no ato da cura e dos modos de se afirmarem como mulheres que produzem esses ensinamentos, as benzedeiras manifestam-se através das preces, dos gestos e das orações. Tais aprendizados estão agregados a um conjunto de saberes e habilidades que auxiliam o sujeito a lidar com a dor espiritual e física do outro, por intermédio dos ensinamentos de uma benzedeira mais experiente[17].

Também chamadas de rezadeiras, essas figuras presentes no cotidiano amazônico não possuem somente o papel de passar o ensinamento através das gerações, mas também usam da sua reza para a cura. Assim, a benzedeira tem que saber as orações, pois, ao praticar a cura através de rezas e ervas sagradas, está representando muitos valores de uma comunidade, e as palavras proferidas possuem uma força que religa a natureza com Deus e os santos. Nas palavras de uma rezadeira: "Não sou eu quem cura, quem cura é a presença de Jesus ali naquele momento em que eu estou chamando, aclamando e convocando" [18].

As doenças para as quais se busca a cura através da reza de uma benzedeira não possuem uma etiologia propriamente definida, são doenças que os médicos não conseguem resolver, mas que, para os benzedores, são reconhecidas por sintomas pontuais: febre alta, acompanhada de calafrios e choramingo, diarreia, fezes "esverdeadas" e sobressaltos (pequenos sustos), que é característico do que é chamado de *quebranto*[19].

Figura 1 – Representação de benzedeira amazônica em ritual de cura

Ademais, podem lançar mão de produtos para auxiliar no tratamento do doente, como as plantas e ervas medicinais, as quais possuem propriedades e conhecimentos específicos que são repassados de geração e que possuem finalidades específicas, a exemplo da Copaíba, Andiroba, Arruda, entre outras, que também podem ser unidas em receitas em prol daquilo que aflige o paciente[20].

Embora seja mais comum que essas mulheres sejam praticantes do catolicismo popular/devocional, mesclado à bagagem cultural afro-indígena, compartilhando do arsenal religioso da comunidade onde vivem, também é comum encontrar rezadeiras que se identificam e usam do embasamento religioso do espiritismo e do protestantismo[21,22].

Outro ponto relevante no que concerne ao conhecimento a respeito das benzedeiras é realizar a diferenciação com os experientes: enquanto as rezadeiras realizam mais uma conexão com o ponto espiritual, os experientes lançam mão de chás, “leite de paus” (seiva de plantas), emplastros, banhos, defumações, pomadas, fricções, vomitórios, excrementos de animais e saliva humana, bem como remédios de farmácia, além de indicar para o paciente o resguardo e as proibições no período de tratamento para que a substância não se torne venenosa[19].

4. PARTEIRAS: AGENTES DE SAÚDE REPRODUTIVA NA COMUNIDADE

Parteiras são mulheres que desempenham papel importante na assistência a parturientes antes, durante e após seus partos. São mulheres índias, não índias e quilombolas, que agem na saúde reprodutiva das mulheres, na assistência ao parto domiciliar. Além disso, seu conhecimento vem dos saberes e práticas tradicionais, dos saberes tradicionais dos corpos, diferenciando-se, assim, de outras profissionais de assistência ao parto[23]. Nas sociedades indígenas, por exemplo, o nascimento em domicílio é parte da cultura e da tradição secular que se mantém, apesar das interferências do conhecimento, da prática médico-hospitalar e da imposição do saber médico-científico[24]. O partejar envolve solidariedade, dom, parentesco, compadrio, afeto, responsabilidade[23].

As comunidades ribeirinhas, quilombolas e indígenas, geralmente, ficam longe dos centros urbanos, dificultando o acesso aos centros de saúde. Dessa forma, as parteiras tradicionais destacam-se por estarem na localidade. Elas têm prestígio social em seus territórios e são facilmente identificadas quando procuradas. É válido ressaltar, também, que elas não estão presentes em todas as comunidades, mas seus prestígios são tamanhos, que se tornam conhecidas em toda a área e para além da reserva[23].

Como se torna parteira? Para as parteiras, o partejar seria um dom divino dado por Deus, sendo que o parto é um acontecimento a um só tempo corporal, familiar, sexual e religioso, ou seja, a religiosidade está fortemente ligada e a relação de confiança entre parturiente e parteira se faz presente. Todavia, também requer conhecimento por meio das práticas, e esse aperfeiçoamento frequentemente vem através das parteiras mais velhas, que, na maioria das vezes, são avós, mães e tias que compartilham seus saberes[23].

Em algumas comunidades indígenas, como a Karipuna, as parteiras puxam a barriga da gestante com óleo de andiroba e passam óleos no canal vaginal para ajudar na dilatação do parto. Após o nascimento, continuam a puxar a barriga para facilitar o nascimento da placenta, e, quando esta sai completamente, é realizado o corte do cordão umbilical, em alguns locais utilizando-se ponta de flecha preparada pelo pai durante a gestação – ainda que em locais em que haja centro de saúde tradicional possam contar com a presença de material esterilizado e de uma técnica de enfermagem. As parteiras acompanham a puérpera por 8 dias e oferecem banhos e chás para a mãe e o recém-nascido e cuidam do cordão umbilical. É realizado um cuidado especial para evitar que seres invisíveis tentem tomar o seu espírito levando à morte do recém-nascido[25].

O Ministério da Saúde, desde 2012, disponibiliza *O livro das parteiras tradicionais*, reconhecendo sua importância e valorizando sua sabedoria capaz de perceber o caráter familiar e íntimo do nascimento, nas diferentes regiões brasileiras. Segundo o Ministério, o livro tem o objetivo de complementar os saberes, contribui para a “assistência ao parto e nascimento saudáveis, amorosos, seguros e respeitosos” [26].

Com a medicalização do serviço de saúde pública, as parteiras vêm sendo afastadas dos seus ofícios, perdendo espaço para os médicos, visto que o saber médico é legitimado, enquanto o saber da parteira é considerado uma prática ultrapassada e de risco às mulheres e suas crianças. Dessa forma, seu papel tem sido reconfigurado, atuando na mediação ligada a um movimento entre territórios sociais com suas lógicas distintas. Assim, suas habilidades, técnicas corporais, seus remédios caseiros ainda estão presentes no cotidiano das mulheres[23].

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em São Paulo, foi realizado um estudo na CASAI (Casa de Apoio à Saúde Indígena), no qual é representativa a fala de um Técnico de Enfermagem do serviço, ao opinar sobre o momento em que se confrontam os saberes tradicionais e científicos em diferentes culturas[27]:

> "Essa questão das duas culturas, essa troca de informação é muito importante. Eu acredito na minha ciência, ótimo, mas você tem que pelo menos respeitar a ciência do próximo. Você pode dizer 'ah, não acredito em pajelança, não acredito nisso, não acredito nos xamãs'. Você pode não acreditar, mas você não pode desrespeitar. Você tem que entender o espaço dele, e muitos casos que passaram por aqui só tiveram efeito positivo quando soubemos tratar dos dois saberes juntos da medicina nossa com a medicina do indígena. O paciente se sente melhor, consegue desenvolver melhor o tratamento e nosso trabalho acaba desenrolando muito melhor"[27].

É necessária a compreensão de que a articulação entre saberes e o trabalho conjunto são fundamentais para a coordenação do cuidado. Mas é condição *sine qua non* o entendimento de que essa coordenação também é um ofício daquele que é cuidado, o qual detém suas próprias representações e significados sobre o processo saúde-doença.

Nesse sentido, a instituição de políticas públicas é fator determinante no fomento ao respeito às práticas tradicionais e na superação do preconceito intercultural. Iniciativas que atingem desde a Educação Básica, como a da Lei nº 11.645/2008[28], que traz a obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileira e indígena no ensino fundamental e médio, são bons exemplos de intervenções capazes de mudar o olhar depreciativo e intolerante ao que representa Diversidade Cultural.

REFERÊNCIAS

1. IANNI, O. Lendas do novo mundo. In: LOUREIRO, J. de J. P. Cultura Amazônica: uma poética do imaginário. 4a. ed. Belém: Cultura Brasil; 2015.

2. PANTOJA RIB, POMPEU HMA, SILVA SCGL. Atravessamento de memórias: a constituição do ethos da mulher bruxa amazônica. Revista Sentidos da Cultura. 2020;7(13):70-85. Disponível em: https://periodicos.uepa.br/index.php/sentidos/article/view/3593.

3. Gadelha CS, Pinto Junior VM, Bezerra KK, Pereira BB, Maracajá PB. Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. Revista Verde. 2013; 8(5):208-212. Disponível em: https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RVADS/article/view/3577

4. Cardoso, T. M. Religiosidade e discriminação a partir da análise dos Terreiros de Umbanda e Candomblé no Município de Rio das Ostras (RJ). 2017.

5. Evangelista DF. "Emoção não é coisa de Equede": mudança de status e relações de poder no Candomblé. Revista Intratextos. 2013 Dec 17;4(1). DOI: https://doi.org/10.12957/intratextos.2013.6250

6. Dos Santos Barbosa, D. O conceito de orixá no candomblé: a busca do equilíbrio entre os dois universos segundo a tradição iorubana. Sacrilegens. 2012 9;1. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/26657

7. Santos, WP. História, cultura e intolerância acerca das religiões de matrizes africanas no brasil. Revista de Estudos de Cultura. 2020 Feb 26;5(13):39–52. DOI: https://doi.org/10.32748/revec.v5i13.13132

8. Tavernard de Luca T, Moreira Perdigão P. REPENSANDO A CHEGADA DO CANDOMBLÉ EM BELÉM DO PARÁ: Estudos Teológicos. 2021;61(1):40–53. DOI: https://doi.org/10.22351/et.v61i1.757

9. Soares F da SC, Marques ANO, De Pinho CRP, De Figueiredo MPM. Itinerários terapêuticos e religião: Candomblé, Umbanda, Ebó e a busca pela cura do corpo e da alma. Brazilian Journal of Development. 2021;7(9):87954–68. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-110

10. Matos CC de SA. As práticas de saúde no candomblé. Research, Society and Development. 2020;9(1):e189911897.

11. Barboza MSL, Munzanzu CR, Souza IA dos S, De Oyá E. "Sem as plantas a religião não existiria": simbologia e virtualidade das plantas nas práticas de cura em comunidades tradicionais de terreiros amazônicos (Santarém, PA). Nova Revista Amazônica. 2021;9(3):147. DOI: http://dx.doi.org/10.18542/nra.v9i3.11724

12. Souza SR, Sarraf Pacheco A. Saberes médicos e outras artes de curar na Amazônia: conflitos e ambiguidades (1890 – 1910). JMX [Internet]. 2021;5(1). Disponível em: https://periodicos.ufac.br/index.php/jamaxi/article/view/5925

13. Pantoja ALN. Médica da (e na) floresta: a trajetória de uma parteira, pajé e benzedeira tembé tenetherar. Nova Revista Amazônica. 2021;9(2):09-19. DOI: http://dx.doi.org/10.18542/nra.v9i2.10667

14. Silva, LL. Contrafeitiço: "nós derruba mesmo qualquer feitiço, aqui a pessoa se cura". Horizonte [Internet]. 2021; 19(59): 869-869. DOI: https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2021v19n59p869

15. Santos MSA. A Ialorixá e o Pajé. Salvador: Solisluna; 2018.

16. Da Costa, TR, De Sant'anna AN. Saberes em saúde: A ótica afro-indígena na assistência em saúde coletiva. Research, Society and Development. 2021;10(16): e401101623793-e401101623793.

17. Silva NFN, Vieira NC, Oliveira MV. As Práticas de cura das Benzedeiras da Amazônia Paraense: Saberes, Identidades e Lugares de Gêneros. Revista Ártemis 2020; 29(1): 243-59. DOI: https://doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214.2020v29n1.49565

18. Cordeiro MCS, Reis MVF. ‘Oficio de Curar’: Querências do Destino, Intervenção do Sagrado. Revista Brasileira de História das Religiões 2019; 6(33): 07-21. DOI: https://doi.org/10.4025/rbhranpuh.v11i33.45892

19. Castro RCQ, Villacorta GM. O Ofício de Benzer como Produção de Conhecimento no Município de Tracuateua - PA - Amazônia - Brasil. Nova Revista Amazônica 2021; 9(1). DOI: http://dx.doi.org/10.18542/nra.v9i1.10035

20. Silva, GN. Antropização urbana frente aos elementos de cura de mulheres benzedeiras de Castanhal-Pará. Orientador: Carlos José Trindade da Rocha. Dissertação (Mestrado em Estudos Antrópicos na Amazônia) - Campus Universitário de Castanhal, Universidade Federal do Pará, Castanhal, 2021.

21. Silva JS, Pacheco AS. Energia das Águas no Corpo de Rezadeiras: Trânsitos, Curas e Identidades na Amazônia Bragantina (Capanema-PA). Revista Cocar Belém 2011; 5(10): 39-51. Disponível em: https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/195

22. Delani D, Mendonça FA. Dimensões Geográficas e Antropológicas das Benzedeiras/ores em Porto Velho, Amazônia Ocidental Brasileira. Ciência Geográfica - Bauru - XXIV 2020; 24(2).

23. Oliveira RS, Peralta N,Sousa MJS. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. Revista Latinoamericana. 2019; 79-100. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.05.a

24. Pantoja ANL. Médica da (e na) floresta: a trajetória de uma parteira, pajé e benzedeira tembé tenetherar. Nova Revista Amazônica 2021; 9(2): 9-19. DOI: DOI: http://dx.doi.org/10.18542/nra.v9i2.10667

25. Tassinari A. A “mãe do corpo”: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. Horizontes Antropológicos. 2021 Aug;27(60):95–126.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Livro da parteira tradicional. 2 ed. Brasília: Editora MS; 2012.

27. Macedo V. O CUIDADO E SUAS REDES doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. Rev. Bras. Ci. Soc. 2021; 36. DOI: https://doi.org/10.1590/3610602/2021

28. Brasil. Lei n. 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei no 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Diário Oficial da União. 10 mar 2008.

CAPÍTULO 5

MEDICINA POPULAR, SAÚDE E CIRURGIA: CRENÇAS E TRADIÇÕES REGIONAIS

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Letícia Vitória Araujo Costa

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Gabriel Borba Rodrigues da Silva

Sabrina Brabo de Araújo Carvalho

Ana Beatriz Passos Nunes Carvalho

Fernando Costa Araújo

Rui Sérgio Monteiro de Barros

José Antonio Cordero da Silva

"A cultura desses povos não morreu,
Na pele grande tela,
O grafismo é nossa voz.
Na pena um significado singular,
A liberdade que se tem
Como pássaro a voar.
A ancestralidade pede paz,
Ela é a força da identidade,
Na aldeia ou na cidade,
Nossa uka não se desfaz".
(Márcia Wayna Kambeba)

Dentre as populações tradicionais da Amazônia, ainda persistem crenças em saúde e práticas de cura, que integram a chamada Medicina popular. Podem ser citados como exemplos a crença em alimentos remosos e na mãe do corpo; além da convocação de puxadeiras para os tratamentos em saúde. Não menos importantes, tem-se a utilização de plantas medicinais (ver capítulos 6 e 7) e a atuação de benzedeiras, parteiras, pajés e pais de santo (ver capítulo 4).

Em tais práticas do cuidado, são enfatizadas questões relativas à religiosidade, cultura, territorialidade e alimentação locais, criando-se elementos que integram as vias alternativas de cuidado. Essas últimas são originadas pelo saber popular e cada vez mais ganham visibilidade no contexto das políticas de saúde[1].

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares cresceu substancialmente no cenário de aumento

da incidência de doenças crônicas e um maior interesse em tratamentos que proporcionem qualidade de vida quando não for possível a cura. Além disso, o aumento dos custos dos serviços de saúde e a insatisfação com os serviços existentes estimularam a busca de formas alternativas de cuidado[2].

Nos sistemas públicos de saúde, as práticas integrativas aparecem oficialmente na década de 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978). No evento, reconheceu-se a importância dessas práticas para o cuidado em saúde e foram feitas recomendações aos países sobre a formulação de políticas voltadas à instituição de práticas integrativas[3].

Desde então, por meio do Comitê de Medicina Tradicional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimulado profissionais e programas com o intuito de integrar ervas medicinais no tratamento rotineiro de países em desenvolvimento[1]. No Brasil, o Ministério da Saúde consolidou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que promoveu a institucionalização no Sistema Único de Saúde de práticas como homeopatia, fitoterapia e acupuntura[3].

Sem embargo, muitos profissionais de saúde, sobretudo das áreas cirúrgicas, apresentam dificuldade em lidar com os saberes tradicionais, o que pode gerar episódios de conflito e autoritarismo nos serviços de saúde, culminando em uma péssima relação cliente/profissional. Essa dificuldade decorre, principalmente, em virtude do modelo biomédico e da pouca abordagem da medicina popular durante a formação.

1. ALIMENTOS REMOSOS: A FERIDA QUE NUNCA CICATRIZA?

Advindo do grego, o termo *reima* ou *reuma* apresenta como significado: a corrente de um líquido ou o fluxo de um humor orgânico. Dessa forma, reimoso ou remoso ou, ainda, resmoso, seria tudo aquilo capaz de gerar a reima. Na literatura, alimentos remosos (Tabela 1) seriam alimentos pró-inflamatórios ou alérgenos, que trariam prejuízo ao sangue e/ou ocasionariam prurido. Acredita-se que “substâncias tóxicas” presentes em algumas comidas teriam a propriedade de agravar situações de “fragilidade” orgânica, como o período menstrual, a presença de quadros infecciosos, o puerpério[4].

Em cirurgia, há a crença de que esses alimentos poderiam atrapalhar ou prejudicar o processo de cicatrização no pós-operatório. A contraindicação de alimentos remosos antes ou depois de procedimentos invasivos, durante infecções ou estados de saúde de imunocomprometimento gera divergências entre os profissionais de saúde. Alguns incentivam a restrição ou a não utilização durante momentos de vulnerabilidade, enquanto outros entendem como um mito popular a ser desfeito[5].

Poucos trabalhos foram realizados com o objetivo de explicar mecanismos de ação ou de comprovar prováveis efeitos nocivos dos alimentos remosos. Atualmente, há evidências de que dietas hipercalóricas e hiperlipídicas comprometeriam negativamente o processo cicatricial, quando utilizadas por tempo prolongado[6,7].

Uma investigação conduzida na Universidade Federal do Pará propôs um mecanismo fisiopatológico para a remosidade alimentar. A hipótese seria a de que, diante de algum dano tecidual, as comidas remosas exacerbariam o processo inflamatório agudo, por meio da ativação da imunidade inata por mecanismo de Padrões Moleculares Associados a Patógenos (PAMPs), levando à persistência das fases vasculares e celular da inflamação. Também poderia haver o acionamento de uma reação de hipersensibilidade tipo I, o que geraria o sintoma pruriginoso, possivelmente expresso por urticária[4].

Em outro estudo, buscou-se avaliar a influência do consumo da carne de porco (alimento considerado remoso) na cicatrização de feridas cirúrgicas cutâneas em ratos Wistar. Os animais foram divididos em dois grupos: o primeiro recebeu dieta *ad libitum* convencional, e o segundo, dieta suplementada, composta por 50% de ração padrão e 50% de carne de suína[7].

Nesse caso, os resultados contradisseram o saber popular! O segundo grupo apresentou maior resistência mecânica à ferida devido à deposição precoce de colágeno tipo I sobre a matriz de colágeno tipo III. Também obteve menores indícios de inflamação mediada por macrófagos e de necrose epitelial. Acredita-se que a dieta com carne suína se mostrou benéfica à cicatrização devido à presença de maiores teores de proteínas e de gordura saturada[8].

Tabela 1 – Exemplos de alimentos considerados remosos pela população amazônica.

CARNES	**PEIXES**
Porco	Tamuatá
Paca	Piramutaba
Capivara	Tucunaré
MARISCOS	Piranha
Caranguejo	Bagre
Camarão	Caravaçu
AVES	Esporão
Pato	

Fonte: elaborada pelos autores com base em Brito Júnior e Estácio (2013)[4] e Arruda *et al* (2018)[9].

2 NADA FORA DO LUGAR: OS PUXADORES DA AMAZÔNIA

O puxador (Figura 1), personagem cada vez mais raro no cenário amazônico, seria o conhecedor das articulações do indivíduo, tendo a função de reparar contusões e luxações por meio das "puxações" (massagens ou manobras). Grosso modo, a atuação do puxador transitaria ora como a de um ortopedista, ora como a de uma espécie de fisioterapeuta, sem habilitação profissional ou técnicas formais[10].

Sendo assim, seriam trabalhadores que colocariam as partes do corpo, sobretudo, os ossos no devido lugar, resolvendo as dismintiduras – regionalismo equivalente a problemas articulares, deslocamento ósseo, contusão ou luxação. Também é possível a atuação dos puxadores adequando o posicionamento da criança na barriga da mulher gestante[11].

Figura 1 – Puxador durante o ofício, utilizando-se do óleo de andiroba.

Trata-se de um ofício perpassado pela tradição oral e, para exercê-lo, não é obrigatório ter a vocação de benzer e de rezar, ainda que um mesmo indivíduo possa atuar como puxador/benzedor/rezador e até parteiro. Durante o serviço de puxação, é comum utilizarem um óleo de massagem, que costuma ser extraído de alguma planta local, como ocorre com a andiroba e a copaíba[11].

Na literatura, é possível encontrar o relato do uso de substância de origem animal na puxação durante um diálogo com um ribeirinho do município de Melgaço. Este utilizava o "tacacá" da preguiça, elaborado com o líquido sinovial do animal, espécie que, pela tradição afro-indígena, não padeceria de problemas articulares. O lubrificante natural da preguiça a capacitaria para realizar grandes proezas e malabarismos corporais, sendo considerado por quem o utiliza como um dos óleos mais poderosos para áreas inflexíveis e dolorosas do corpo[12].

Sem embargo, não foram encontrados estudos até o momento evidenciando se o trabalho dos puxadores poderia aumentar ou reduzir o risco de lesões ou sequelas osteomusculares na população, tampouco artigos sobre a segurança da realização de "puxações" para o reposicionamento fetal em mulheres grávidas.

3. MENSTRUAÇÃO NA AMAZÔNIA E MEDIDAS RESTRITIVAS

A menstruação, processo fisiológico feminino, é vista há diversos anos, especialmente por profissionais da saúde, de forma mecanicista, resumindo-se ao ponto-chave da função reprodutiva[13]. Em contraponto, mas não absoluto, os saberes populares trazem uma visão mais humanística ao redor de tal temática. As condutas culturais, algumas vezes, mostram-se restritivas sobre a atuação diária das mulheres menstruadas, impedidas, em algumas comunidades, de sequer preparar o próprio alimento ou trabalhar, como tentativa de purificação[14].

Dentre o debate acerca da desigualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres, inclui-se a diferença biológica entre os sexos feminino e masculino. O tabu que permeia as questões de gênero escancara a real dimensão de que o papel biológico e social das mulheres é regado por um poder simbólico do masculino sobre o feminino, obtendo reforço através da religião e religiosidade, visto que muitas comunidades buscam relacionar o ciclo reprodutor feminino às questões da Bíblia e da cultura amazônica[15].

O corpo feminino se tornou pauta para julgamentos sociais ao longo da história humana, assentados de superstições do imaginário popular. Hipócrates, médico grego (400 a. C.), iniciou a elaboração da explicação do fenômeno da menstruação, vista como doença, com base em sua Teoria Humoral, a qual se baseia em 4 pilares: desequilíbrio entre a bile, melancolia, sangue e fleuma. Imaginava que o útero era formado por tentáculos e ventosas em seu interior, excretando um fluido venenoso decorrente de uma doença incurável que acometia o sangue[16].

Não obstante, correlacionou o período menstrual a alterações psiquiátricas, com comportamentos inclinados ao mal, advindos da própria natureza corruptível do útero. Ou seja, a mulher era vista como um ser com moral desvirtuada, propícia a histeria. *Hystera* significa útero em grego, etimologia que pode refletir a concepção de que a mulher seria uma eterna enferma[16].

Como crença, há a *panema* ou *panemice,* força capaz de infectar seres vivos ou não vivos, passada por gerações como sinônimo de má sorte, infelicidade ou desgraça. Em algumas comunidades da Amazônia, a mulher é vista como um ser que pode transmitir a "panema", em qualquer fase do seu ciclo reprodutor, mas em especial na menstruação, a qual pode trazer azar na pesca e caça aos homens que estão em sua volta[15].

Para a comunidade indígena Karipuna, localizada no Amapá, o sangue menstrual seria um fluido perigoso, elemento poluidor de odor forte, que impurificaria o ambiente quando estivesse fora do corpo, impondo às mulheres momentos de reclusão, visto que, nesse momento, estariam vulneráveis e exporiam os demais seres humanos ao mal. Sendo assim, não podem frequentar rios, lagos e matas para não propagarem doenças

e morte[17]. Nesse sentido, faz-se o contraponto de que a saúde masculina comprometida pouco interfere no papel social, corroborando para certa desigualdade na hierarquização de gênero[16].

Para o povo Waíkhana, procedente do Amazonas, as preparações para a transição de meninas para mulheres, advinda com a menstruação, começam na infância. Elas já sabem que a primeira menstruação está por vir quando o mamilo dilata, e, assim que o sangue for percebido, devem avisar imediatamente a mulher mais velha da casa. Posteriormente, as meninas são isoladas e passam a seguir uma dieta restritiva, abolindo doces e sal, com obrigatoriedade da ingesta de pimenta, madura e seca. Além disso, não podem realizar algumas atividades, como banho completo – permitido somente após sete dias ou na ausência total de sangue –, devendo ser preparado pelo benzedor local para que os maus espíritos não lhe tragam doenças ao corpo. Antes do resguardo, é permitido apenas lavar as partes genitais[18].

Para as mulheres de Waíkhana, a cólica, cefaleia e lombalgia são explicadas pela falta de resguardo e do benzimento no primeiro sangramento. Sendo assim, é imprescindível continuar com o ritual de benzimento por toda a vida como proteção do corpo e espírito. Empiricamente, as mulheres na região do alto Rio Negro são atingidas por uma doença comum, que afeta a "mãe do corpo", aparecendo na forma de dor próxima à barriga quando não se cumpre o resguardo da menarca[18].

A perpetuação do conhecimento da mulher indígena sobre as proibições durante o período menstrual se dá pelo respeito às crenças antigas, sem concretização pelo embasamento científico. Contudo, há explicações compreensíveis. A proibição do banho pode ocorrer pela "friagem", a partir do imaginário de que o frio se direciona ao útero e ocasiona cólicas. O banho completo não é permitido devido à possibilidade de fertilização externa, correlacionada com o Boto[18].

A proibição do doce, incluindo frutas muito adocicadas como goiaba, é pela preocupação com os dentes, para evitar cáries, já que seria uma fase mais propensa a doenças. A restrição do sal ocorre para que o fluxo sanguíneo não seja exageradamente intenso. Ademais, há o impedimento de que mulheres em seu período menstrual carreguem objetos pesados ou que se submetam a cirurgias, com a prerrogativa de um possível desequilíbrio hemodinâmico pelo sangramento intenso, tornando-as suscetíveis a hemorragias[18].

Mesmo com as restrições nutricionais, o benzedor deve soprar os alimentos, principalmente a pimenta, a farinha e o peixe com escama – único permitido, para que os seres sobrenaturais donos da natureza não façam mal à mulher. Ou seja, a mulher deve respeitar integralmente o processo de purificação e fortificação, para criar um escudo de proteção contra seres maléficos[18].

Das atividades resguardadas supracitadas, há indícios de fundamentos biológicos na literatura para algumas. Durante o período menstrual, os hormônios esteroidais sexuais flutuam, ou seja, ora estão em ascensão, ora em queda, ocasionando um desequilíbrio no fluido gengival. Assim, agregam risco para ocorrência de doenças periodontais em mulheres ou agravam a condição de doença já existente[19].

O estrógeno e a progesterona são os hormônios que mais exercem influência sobre o periodonto, que, em alta, diminuem a capacidade fagocítica dos leucócitos polimorfonucleares (PMN), aumentam a secreção de interleucina 1b (IL-1b), aumentam a permeabilidade vascular e incrementam a atividade inflamatória da interleucina 6 (IL-6) e prostaglandina E_2 (PGE_2). Corroborando tais alterações, o estresse emocional – pelo aumento de cortisol – diminui a produção de imunoglobulina A (IgA), anticorpo predominante na saliva, cuja função é de ser um agente antibacteriano. Todavia, esse desequilíbrio está ligado a gengivites, não a cáries[19].

Quanto à ingesta excessiva de sal, ocorreria uma desarmonia da homeostase corporal, havendo vasoconstrição, o que dificultaria a eliminação salina, com consequente retenção de água (para cada 9 gramas de sal ingeridas, o organismo retém cerca de 1 litro de água), formando edema e aumentando o volume plasmático, ou seja, avoluma sangue nos tecidos e, consequentemente, a intensidade do fluxo menstrual[20].

4. MÃE DO CORPO E A ARTE DE GESTAR

Algumas sociedades amazônicas definem a “mãe do corpo” como útero, mas não somente como um órgão, senão como uma força essencial para a saúde feminina. Geralmente, localizada no umbigo, é onde o feto é concebido e se desenvolve, crescendo junto com ele durante a gravidez. Após o parto, necessita de um período de repouso e cuidados para recuperação e retorno ao tamanho e sítio anatômico normais[21].

Para a recuperação da paciente, é necessário que não sejam realizadas atividades exaustivas, ato sexual e que seja evitada exposição a ventos ruins, mau-olhado, quedas ou movimentos bruscos. Tais restrições também se estendem ao pai, que não deve realizar as atividades habituais como a caça, a fim de não comprometer negativamente a mulher ou a criança. Consolida-se, dessa forma, a integração do núcleo familiar no período perinatal para a adequada concepção e desenvolvimento da nova vida[21].

Caso haja um comprometimento desse processo, a mulher fica “desarrumada”, “deslocada” e apresenta dores, ansiedade, tristeza, mal-estar geral e infertilidade[21]. Para muitas pacientes, o atendimento no hospital é ineficaz, pois há a percepção de que recebem apenas medicações para aliviar sintomas, porém, que não curam realmente a doença. Dessa forma, recorrem a mulheres experientes ou às benzedeiras, que sabem curar as

doenças que a medicina ocidental não consegue. Para elas, é uma enfermidade séria e perigosa, pois, se não for tratada, pode evoluir com deslocamento da mãe do corpo para outras regiões, como a coluna e o coração, e até levar à morte[22].

O ato de "puxar a barriga" consiste em um procedimento terapêutico para restabelecimento do equilíbrio geral da mulher, com realocação da mãe do corpo no local devido, com recuperação da saúde. Durante a gravidez, quando a mãe começa a apresentar dores e desconfortos, geralmente aos 5 meses, procura as especialistas, que, armadas do conhecimento tradicional e da manipulação do abdome, iniciam o acompanhamento do crescimento, vitalidade e posição do feto[21].

Geralmente, essa prática é realizada na própria casa da paciente, logo pela manhã, com a mulher de estômago vazio, ou ao final de um dia de trabalho. A gestante é deitada sobre uma toalha ou pano de rede, e as mulheres começam a trabalhar com aplicação de óleos vegetais (como copaíba, tucumã, andiroba) ou de origem animal (de espécies compreendidas como de parto fácil), interagindo com bebê, despertando-o e conduzindo-o para a posição correta de nascimento[21].

Para partejar, costumam trabalhar em equipes com a mulher mais experiente coordenando as demais e sendo aquela que irá segurar a criança. As demais ficam ocupadas de posicionar a parturiente, massagear e fazer os chás, com o intuito de aumentar as contrações e dar força para a mãe e o feto[21].

Enquanto isso ocorre, as mulheres de casa, irmãs, filhas, mãe, ficam reunidas e compartilham ansiedade e preocupações, e as mulheres com mais idade compartilham histórias e conselhos, criando um ambiente de confiança e tranquilidade[21].

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de saúde necessita trazer à baila as evidências científicas sobre o assunto, assim como saber escutar o cliente sobre as crenças por ele adotadas. Deve-se buscar o processo de decisão compartilhada sobre os cuidados em saúde, a fim de garantir a ética e respeito para ambos os atores sociais, sem deslegitimar nenhum dos lados.

Nas políticas nacionais, é frequente a abordagem sobre o consumo de chás e de plantas medicinais, mas pouco é mencionado acerca das práticas de "puxar" e "pegar a barriga", reza e benzimento, costurar rasgadura e outras tradições. A familiaridade com esses conhecimentos é primordial para o diálogo entre o saber biomédico e as crenças populares, voltados ao delineamento de um plano terapêutico[23].

REFERÊNCIAS

1. Vilas Bôas LMS, Oliveira DC de. A força das tradições culturais presente nas representações sociais em comunidades ribeirinhas: uma análise informatizada dos processos cuidativos e itinerários de saúde. Revista Presença Geográfica. 2020 Nov 3;7(2).

2. São C, Brasil P, Contatore O, Filice De Barros N, Durval M, Carneiro Da Cunha Barrio P, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde colet. 2015 Out; 20(10):3263-73.

3. Ferreira SKS, Cunha I, Meneghim M, De Checchi M. Política nacional de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. Revista Faipe. 2020;10(1):21-39.

4. Brito Júnior LC de, Estácio AG. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013 May;59(3):213-6.

5. Vieira ICG, Franzoi MAH. Cuidar de lesão crônica: saberes e práticas de pessoas com úlcera venosa. Enfermagem em Foco. 2021 Dec 6;12(3).

6. Nascimento AP. Efeitos de uma dieta hiperlipídica e de uma droga anti-inflamatória não-esteroide inibidora seletiva da ciclo-oxigenase-2 sobre a cicatrização cutânea de ratos Wistar propensos e resistentes a obesidade. Tese [Doutorado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 2011.

7. Seitz O, Schürmann C, Hermes N, Müller E, Pfeilschifter J, Frank S et al. Wound healing in mice with high-fat diet- or ob gene-induced diabetes-obesity syndromes: a comparative study. Exp Diabetes Res. 2010;2010:476969.

8. Mussy JHA, Corrêa ACS, Yokoyama LT, Silveira EL, Kietzer KS et al. Cicatrização de ferimentos incisionais em ratos submetidos à alimentação com carne suína. Rev Paraense de Medicina. 2014;28(3):9-18.

9. Arruda JC de, Silva CJ da, Sander NL, Pulido MT. Conhecimento ecológico tradicional da ictiofauna pelos quilombolas no Alto Guaporé, Mato Grosso, Amazônia meridional, Brasil. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas. 2018 Aug;13(2):315-29.

10. Wawzniak JV. Percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós, Pará, Brasil. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2011;5(2)85-100.

11. Castro MAM, Cavalcante RMF. Saberes de cura e práticas corporais. Marupiara – Revista Científica do CESP/UEA. 2019;1(3):153-170.

12. Reis MVF, Pereira MPT. Perspectivismo Ameríndio nos Discursos Mitificados do Catolicismo Popular na Amazônia. Dialogos. 2020;24(2).

13. Mundim MLE, Polizelli MLS. Transformação da percepção da menstruação entre gerações. Tensões Mundiais. 2021 Jan 18;17(33).

14. De Sousa JP. Religiosidades na ruralidade amazônica. Iluminuras. 2015 Dec 29;16(40).

15. Miranda RS. Nem transmissora de “Panema” ou “Impura” – Mulher! Representações de gênero e o ciclo biológico reprodutor feminino na cultura amazônica e na bíblia. Anais do VI Congresso Internacional em ciências da religião – XIII semana de estudos da religião. 2012, p. 133-137.

16. Bueno GB, Dos Santos CFM, Da Silva, EMB. Corpos castos, sangues profanos: mulher, menstruação e medicina na américa portuguesa do século XVIII. Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia. 2022;5(5).

17. Soares AMPS. Sangue menstrual na sociedade Karipuna do Amapá, Brasil. Amazônica - Revista de Antropologia. 2019 Dec 30;11(2).

18. Nery E. Práticas dos cuidados de saúde na primeira menstruação da mulher Waíkhana de Santa Isabel do Rio Negro-AM: do passado ao presente [Internet] [Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável)]. [Universidade de Brasília]; 2019 [cited 2022 Sep 5]. p. 110. Available from: https://repositorio.unb.br/handle/10482/37192

19. Oliveira LK, Oliveira LMB. A influência das alterações endócrinas e do estresse durante o ciclo menstrual sobre o periodonto. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2011 Jan 1;10(3):284.

20. De Moraes ALS, Belarmino KJA, Oliveira LH, Lima CUGB, Barbosa HP. Teor de sódio nos alimentos e seus efeitos no metabolismo humano: uma revisão bibliográfica. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. 2016;14(2) 115-22.

21. Tassinari A. A “mãe do corpo”: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. Horizontes Antropológicos. 2021 Aug;27(60):95–126.

22. LIZARDO, Liliane. Gênero: “mãe do corpo” doença que atinge as mulheres indígenas Baré no alto rio negro. Wamon – Revista dos alunos do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM. 2017; 2.

23. Feichas NML-C, Schweickardt JC, Ferla AA. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2020;24.

CAPÍTULO 6

ENTRE CHÁS E GARRAFADAS – OS REMÉDIOS CASEIROS DA AMAZÔNIA

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Marília de Jesus da Costa Sá Pereira

Mariseth Andrade de Carvalho

Renata Ayres de Abreu Dória

Beatriz Andrade Vasconcelos

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Fideralina Augusta da Silva Paes

Felipe Kiyoshi Yoshino

José Antonio Cordero da Silva

> "Todos os orixás recorriam a Ossaim para curar qualquer moléstia, qualquer mal do corpo. Todos dependiam de Ossaim na luta contra a doença. Todos iam à casa de Ossaim oferecer seus sacrifícios. Em troca Ossaim lhes dava preparados mágicos: banhos, chás, infusões, pomadas abô, beberagens. Curava as dores, as feridas, os sangramentos; as disenterias, os inchaços e fraturas; curava as pestes, febres, órgãos corrompidos; limpava a pele purulenta e o sangue pisado; livrava o corpo de todos os males".
>
> (Reginaldo Prandi)

Na Amazônia, ainda hoje, as tradições populares sobre o uso de plantas medicinais e remédios caseiros são passadas de *"pais para filhos"* e constituem um movimento de importância entre conservação e descontinuação culturais, pré-estabelecidas nos primeiros pontos de convívio entre tribos e etnias e potencializadas pelo contato das matrizes mais relevantes no desenvolvimento da construção do povo brasileiro[1].

Nas populações amazônicas, personagens como parteiras, curandeiros e benzedores empregam elementos da natureza para a produção de banhos, emplastros, chás, garrafadas, com objetivos diversos, tais como: proteção; afastar e curar enfermidades, males físicos e espirituais. Trata-se de formulações tradicionais, mas, ainda assim, amplamente difundidas em diversas feiras-livres urbanas, como o Mercado Ver-O-Peso na capital paraense[2] (Figura 1).

O consumo de remédios caseiros consiste em um hábito encontrado em várias regiões do Brasil. Em pesquisa realizada no estado do Amazonas durante o início da pandemia por COVID-19, os participantes citaram como razões principais de preferirem remédios caseiros a medicações alopáticas o fato de os primeiros serem “naturais”, o receio dos eventos adversos das medicações sintéticas, a possibilidade do uso conjugado com alopatia e a tradição familiar[3].

No entanto, é válido destacar que a utilização de remédios caseiros não é inócua e requer atenção e cuidado, podendo, inclusive, levar à toxicidade.

Figura 1 – Ervas e garrafadas sendo vendidas em feira-livre da Amazônia.

1. CHÁS MEDICINAIS: ALIADOS OU POTENCIAIS INIMIGOS?

Os chás são amplamente utilizados e feitos por decocção ou infusão de plantas – sozinhas ou combinadas – em água quente para a ingestão, formas documentadas em diversas comunidades da Amazônia. O conhecimento sobre remédio é imprescindível para a compreensão apropriada das tradições do uso de plantas medicinais atualmente. Entre as populações estudadas, nem sempre se faz necessário o uso apenas de partes das plantas para a composição do remédio. Às vezes, nas receitas, podemos observar outros ingredientes habituais, tais como: rabos, penas ou fezes de animais, querosene, pedras etc. Acredita-se na presença de um “princípio ativo” nesses elementos para que ocorra realmente a cura[4].

Os populares acreditam, por exemplo, que, para curar alguém com dor de dentes ou problemas de estômago, deve-se tomar o chá da folha e flor da alfavaca (*Ocim-um basilicum*). Com as cascas de barbatimão (*Stryphnodendron adstringens*), pode-se fazer o chá que seria bom para o combate de inflamações no útero e para melhorar as cicatrizações. Já para problemas no rim ou diabetes, faz-se o chá da raiz do camapu (*Physalis angulata*). O chá da folha do capim-santo (*Cymbopogon citratus*) seria um excelente calmante. O chá da folha da coramina (*Pedilanthus tithymaloides*) atuaria no combate a problemas cardíacos[5].

No entanto, a ingesta de alguns chás – a depender do efeito biológico de seu respectivo princípio ativo, da concentração, da forma de preparo, quantidade administrada, tempo de exposição e interação com outras substâncias – pode levar a efeitos hepatotóxicos, desde lesão hepática leve até hepatite aguda fulminante. Outros eventos adversos podem ocorrer decorrentes do uso de produtos advindos de plantas medicinais, tais como diarreia, náuseas e êmese[6].

Um estudo realizado por Pinheiro e colaboradores[7] fez o levantamento de pelo menos 335 plantas medicinais hepatotóxicas. Dentre elas, citam-se o Chá verde (*Camellia sinensis*) e a Sacaca (*Croton cajucara*). A primeira é utilizada largamente com fins de emagrecimento ou por seus efeitos antioxidantes, porém pode causar lesão do tipo hepatocelular de evolução benigna, tendo sido descrita, ainda, hepatite fulminante.

Já a Sacaca, espécie nativa da Amazônia, teria propriedades hipolipemiantes, antiobesidade, contra o Diabetes e outras enfermidades, sendo bastante consumida por meio de infusões de sua casca e folha. Contudo, pode gerar hepatotoxicidade, provavelmente, dose-dependente e relacionada à ingestão prolongada[7]. Em investigação com animais[8], foram avaliadas lesões hepatocelulares provocadas pela planta, algumas vezes, necrose hepatocelular semelhante à hepatite aguda.

Portanto, apesar do extenso consumo de plantas medicinais e suas infusões, a imensa maioria necessita de comprovação científica sobre suas ações terapêuticas e farmacológicas, assim como de maiores informações acerca do seu uso seguro[7].

A diversidade das espécies de plantas medicinais corrobora a utilidade de seu uso como recurso terapêutico, mostrando ainda a necessidade da realização de mais estudos qualitativos e quantitativos que apontem novas competências farmacológicas, e que também possam caracterizar mais autenticamente a região amazônica e sua população quanto à utilização dos fitoterápicos. Sem embargo, também é essencial a contribuição para a preservação do conhecimento ancestral e das espécies de vegetais, a conservação dos saberes com o intuito de valorizar a cultura da população amazônica.

2. O PODER QUE VEM DE DENTRO DAS GARRAFADAS E CHOQUES

As garrafadas são produtos que possuem combinações de plantas medicinais veiculadas em bebidas alcoólicas, sendo o vinho a mais utilizada, podendo-se, também, utilizar mel, vinagre ou água. Os ingredientes variam de acordo com a finalidade. As garrafadas são preparadas por maceração aquosa ou alcoólica e as plantas têm suas folhas ou exsudatos utilizados, sendo aplicados diretamente no local que se deseja tratar[9].

O "choque" é uma definição regional atribuída às macerações alcoólicas com álcool ou cachaça em associação a plantas aromáticas, usado para massagem local. Ele se diferencia das garrafadas por meio dos ingredientes que são utilizados na sua produção[10]. Essas preparações utilizando extratos vegetais são amplamente difundidas entre a população e são utilizadas para diversas finalidades terapêuticas.

Há, ainda, os óleos essenciais obtidos de extratos compostos de raízes, caules, cascas, folhas, flores ou de todas as partes das plantas, que possuem grande importância industrial, gerando valores econômicos através de indústrias de perfumaria, cosméticos, alimentícia, farmacêutica e de valor medicinal. O conhecimento das propriedades, obtenção, desenvolvimento de formulações e uso desses óleos está profundamente relacionado à sua relevância sociocultural na Amazônia[11].

Os entrevistados, pertencentes a uma comunidade quilombola do Estado do Pará, relataram que a utilização de plantas medicinais é uma prática herdada de forma tradicional. O difícil acesso a unidade de saúde e a medicamentos para as comunidades mais afastadas de grandes centros evidenciam o manejo de espécies de plantas de importância medicinal. Sendo assim, os principais relatos dos usos de garrafadas e choques são para combater as mais diversas doenças, e a combinação de mais de uma planta também é comum em uma única garrafada[12]

Os autores Santos, Coelho-Ferreira e Lima[13] realizaram um levantamento acerca da comercialização de fitoterápicos e garrafadas na Região Metropolitana de Belém – segunda maior metrópole do norte brasileiro, abrangendo 7 municípios. Dos 21 mercados públicos visitados, observaram que cerca de metade dos feirantes entrevistados utilizam componentes vegetais, animais e minerais em maceração em veículos alcoólicos. E estes utilizam os conhecimentos tradicionais obtidos para complementar a sua renda familiar.

Alguns grupos de pesquisadores estão desenvolvendo banco de dados sobre plantas medicinais aromáticas utilizadas por comunidades rurais da região do baixo Tocantins (Pará, Brasil). A documentação dessa biodiversidade e conhecimento tradicional irá permitir a informatização de dados das coleções etnobotânicas e implementação de ações voltadas à preservação, conservação e manejo, assim como promover projetos de pesquisa e mobilização da economia local[14].

Segundo dados das pesquisas supracitadas e dos autores Flor e Barbosa[15], Xavier *et al.*[16], Martinez *et al.*[17] e Sousa *et al.*[18], podemos visualizar na Tabela 1 algumas espécies de plantas medicinais utilizadas para a preparação de garrafadas e choques nas comunidades e povos tradicionais da Amazônia.

Tabela 1 – Garrafadas e choques utilizados por comunidades e povos tradicionais da Amazônia.

NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	PARTE EMPREGADA	INDICAÇÃO
Sicuriju	Mikania lindleyana DC.	Folha	Problemas de estômago e fígado
Verônica	Dalbergia sp.	Casca/ Caule	Anemia, inflamações, hepatite
Jucá	Libidibia ferrea (Mart. Ex Tul) L.P. Queiroz var. férrea	Casca / fruto	Ferimentos (cicatrizante)
Algodão	Gossypium herbaceum L.	Folha	Tosse, infecção uterina
Arapareua	-	Casca	Diarreia
Barbatimão	*stryphnodendron adstringens/ Byrsonima crassifolia (L.) Kunth*	Casca	Infecção, Inflamação do sistema geniturinário, concepção
Sucuúba	Himatanthus articulatus (Vahl) Woodson	Látex/Casca	Asma, úlcera, emagrecer,Diabetes
Carapanã/ Carapanaúba	Aspidosperma excelsum Benth.	Casca	Emagrecer, Diabetes
Jatobá	Hymenaea courbaril L.	Casca	Infecção, regulador uterino, anticonceptivo
Açacú	Vouacapoua americana Aubl. Hura crepitans L.	Casca	Infecção, emagrecer, Diabetes, regulador uterino
Abacate	Persea americana Mill.	Semente	Concepção, engordar
Erva-doce	- Pimpinella anisum L.	Folha Semente	Infecção urinária, gases, regulador uterino, problemas cardıacos, nervos, disfunção erétil, concepção
Reforcina	-	Casca	Infecção
Mururé	- Brosimum sp.	Casca	Infecção, regulador uterino, emagrecer, Diabetes, nervos, disfunção erétil
Pau-do-Curupira	-	Casca	Emagrecer, Diabetes
Pau-surı	-	Casca	Emagrecer, Diabetes, regulador uterino

Casca-doce	-	Casca	Concepção, regulador uterino
Casca-preciosa	-	Casca	Concepção, regulador uterino
Aroeira-do-Pará	-	Casca	Concepção, regulador uterino.
Arnica	Arnica acaulis L. / Arnica montana L./ Solidago chilensis Meyen	Folha Haste foliar	Cicatrização, inflamação e febre
Catinga-de-mulata	Tanacetum vulgare L. / Aeolanthus suaveolens L./ Aeollanthus suaveolens Mart. ex Spreng.	Folha Ramo	Otalgia, dor de cabeça e derrame
Boldo	Plectranthus barbatus And. / Vernonia condensata Baker. / Peumus boldus Molina	Folha	Malária, dor no estômago e fígado; gastrite, cólica, emagrecimento
Anador	Plectranthus barbatus Andr. / Coleus barbatus (Andrews) Benth.	Folha	Febre e dores no corpo
Hortelã, hortelãzinho	Mentha arvensis (L.) L	Folha	Gripe, tosse, ameba, doença de criança, quebranto, dor de garganta, cabeça e estômago

Fonte: Elaborada pelos autores com base nas citações.

3. BANHOS E EMPLASTROS: UM OUTRO USO PARA AS ERVAS MEDICINAIS

No Brasil, é comum o emprego de banhos objetivando-se fins espirituais. Podem ser considerados expressões da diversidade cultural e religiosa do país, refletindo não só manifestações étnicas de matriz africana, mas também os banhos de cheiro amazônicos, o xamanismo indígena e os banhos ciganos[19].

No contexto amazônico, há uma expressiva influência indígena e afrodescendente nos banhos, destacando-se os banhos de cheiro, que visam afastar o feitiço, o azar e o mau olhado. Tradicionalmente, os banhos podem ser categorizados em: de descarrego, de limpeza e de proteção[19].

O modo de preparo dos banhos amazônicos ocorre como macerações aquecidas ao sol, realizadas à temperatura ambiente ou no sereno. Evita-se a fervura nesse preparo, pois alguns óleos essenciais presentes nas plantas utilizadas volatilizam com facilidade durante o processo[10].

Tabela 2 – Banhos utilizados para o combate de sinais/sintomas e enfermidades na Amazônia.

NOME VULGAR	NOME CIENTÍFICO	PARTE EMPREGADA	INDICAÇÃO
Eucalipto/Japana	*Ayapana triplinervis* (M.Vahl) R.M. King & H. Rob	Folha	Febre Disúria Gripe
Feijão coandô	*Caianus cajan* (L.) Huth	Folha	Febre Constipação
Tabacoarana	*Chelonanthus alatus* (Aubl.) Pull	Folha	"Curuba"*
Malva-Rosa	*Pelargonium graveolens* L'Hér. ex Aito	Folha	"Ramos de ar"**
Catinga-de-mulata	*Aeollanthus suaveolens* Mart. ex Spreng.	Ramos foliares	Dor Febre "Ramos de ar"** Diarreia Vômito
Uriza	*Pogostemon heyneanus* Benth.	Folha	Febre Cefaleia
Favacão	*Ocimum gratissimum* L.	Ramos foliares	Febre

Fonte: elaborada pelos autores com base em Pereira e Coelho-Ferreira[10].

*Curuba: Sarna ou escabiose.

**Ramos de ar ou "doença que entorta": relatada com sintomas como convulsão, rigidez muscular, paralisia. Acredita-se que possa ter como causas: AVC, convulsão febril ou choque térmico.

Há relatos importantes da utilização do óleo de copaíba (*Copaifera langs dorffi*) como um banho, sendo aplicado diretamente nos sítios de feridas com uma periodicidade média de duas vezes ao dia, objetivando-se a melhora cicatricial[20].

Na literatura, o óleo-resina da copaíba costuma ser objeto de estudo, porém a maioria das investigações conduzidas encontram-se em fase pré-clínica, são realizadas em modelos animais ou não têm uma padronização quanto à concentração e dose.

Menezes *et al.*[21] realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar o efeito cicatrizante e anti-inflamatório do óleo-resina de copaíba na cavidade oral. Foram relatados dois estudos com efeito positivo na cicatrização de feridas, havendo redução precoce da área de lesão em ratos. Também foram citadas duas pesquisas que elucidaram o efeito anti-inflamatório significativo do composto, com redução da concentração de macrófagos CD68+ e da intensidade do edema; além da formação precoce de fibrilas de colágeno, com maior quantidade e melhor organização estrutural.

Acredita-se que a capacidade anti-inflamatória da copaíba se dá pela presença de beta-cariofileno, componente que subtrai a síntese de metaloproteinases no fígado, a quantidade de leucócitos sanguíneos, assim como o recrutamento destes últimos, portanto, reduzindo a secreção de mediadores pró-inflamatórios[21].

Sugere-se, ainda, que o efeito cicatrizante da copaíba ocorra por meio do recrudescimento da vascularização, da população de fibroblastos, da capacidade de síntese do tecido de granulação, o que contribuiria para a segunda fase do processo de cicatrização[21].

Outra forma de utilização dos remédios caseiros pelos povos amazônicos se dá pelos emplastros. Designam-se como emplastros os remédios utilizados topicamente em afecções, geralmente extraídos de plantas. É comum serem utilizados em ferimentos ou infecção de pele – a exemplo da erisipela. Parte das plantas tem seu aproveitamento *in natura* com mínima intervenção no seu modo de preparo, através de suas folhas ou exsudatos (óleo, látex). Muitas vezes, é possível que as folhas sejam delicadamente aquecidas ou maceradas para que sua seiva seja retirada[10]. Na tabela 3, são descritos o uso e indicação pela população amazônica de alguns emplastros originados de plantas.

Tabela 3 – Emplastros utilizados para o combate de sinais/sintomas e enfermidades na Amazônia.

NOME VULGAR	NOME CIENTÍFICO	PARTE EMPREGADA	INDICAÇÃO
Aninga	Montrichardia arborescens (Araceae)	Folha	Emplastros contra inflamações
		Resina	Dor por picada de animais peçonhentos
Mastruz	*Chenopodium ambrosioides*	Folha	Cicatrizante e anti-inflamatório
Crista-de-galo	*Heliotropium* sp.	Folha	Emplastro para cicatrização de feridas
Angico	*Anadenanthera* sp.	Sumo da entrecasca	Emplastros contra ferimentos e gripes

Fonte: elaborada pelos autores com base em Piedade, Schoengart e Junk[22], Monteiro *et al*.[23]; Piedade *et al*.[24]; Melo *et al*.[25].

4. REMÉDIOS CASEIROS DE ORIGEM ANIMAL

De acordo com Fischer *et al*.[26], documentações sobre o uso de animais como zooterápicos existem há séculos, possuindo uma base cultural e religiosa, dependendo da interação das populações tradicionais, rurais e urbanas com a fauna local. Para a produção desses medicamentos, pode ser utilizado o animal íntegro, as suas partes, como banha, penas, couro, patas, moela e ovo, ou produtos do seu metabolismo e excreção[27].

Ao longo das gerações, os conhecimentos foram repassados de forma tradicional, povos e comunidades quilombolas utilizam recursos naturais oriundos da biodiversidade da fauna e flora para a cura e tratamento de doenças mais frequentes. Os saberes medicinais e crenças são bases socioculturais no agroextrativismo na região amazônica[28].

Chás, banhos de cheiro e massagens superficiais são comumente empregados como rituais para espantar “mal/males” que causam algum tipo de debilitação ou desconforto, sendo comum encontrar frascos contendo extratos vegetais e banhas de animais em casas das comunidades, chamados de farmácias caseiras. Esses saberes ainda permitem estabelecer o cuidado solidário no compartilhamento de informações sobre os remédios[28].

Dentre os remédios caseiros, reutilizam-se diversas partes animais como fim terapêutico. Na Amazônia, diversos animais, como mamíferos, répteis, aves, insetos, peixes, entre outros, são utilizados na confecção desses remédios. São aproveitados, ainda, sangue, ovo, mel, pena, osso, bico, cabelo/pelo, cartilagem, couro, esporão, língua, rabo/cauda, secreções e banha, sendo esta última a parte mais utilizada pelos agroextrativistas[28].

Assim como plantas medicinais, são utilizadas combinações de fauna e flora na preparação de remédios caseiros. A combinação das substâncias de origem animal, como banha de galinha, peixes, sebo de carneiro, entre outros, já é comercializada pela indústria farmacêutica[29].

Pesquisas têm associado o uso da gordura de diferentes animais de forma responsiva no tratamento de doenças do sistema respiratório e distúrbios musculoesqueléticos, como reumatismo e inflamação das articulações. Entretanto, estudos complementares devem ser realizados para identificar e caracterizar o potencial anti-inflamatório de cada ácido graxo, bem como seu mecanismo de ação. Os conhecimentos dessas fontes de ácidos graxos podem colaborar para o tratamento de outras doenças, assim como evitar o uso de espécies de animais silvestres ameaçadas de extinção[30].

Diante do exposto, no contexto dos remédios caseiros da Amazônia, seria de grande valia a aplicação prática das estratégias voltadas para a Medicina Tradicional 2014-2023, lançadas pela OMS, sendo elas[31]:

1. A construção de uma base de conhecimento que permita que a Medicina Tradicional e Complementar (MTC) seja gerenciada, de forma ativa, por meio de políticas que compreendam e reconheçam seu papel e potencial.
2. O fortalecimento do controle de qualidade, do uso adequado, da segurança e da eficácia da MTC através da regulamentação de produtos, práticas e praticantes.
3. Promoção de cobertura universal de saúde integrando os serviços de MTC em serviços de saúde.

REFERÊNCIA

1. Guedes, ACB. Mulheres quilombolas e uso de plantas medicinais: práticas de cura em Santa Rita de Barreira/PA [dissertação de mestrado]. Pará: Universidade Federal do Pará, Mestrado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. 2018.

2. Vieira LC. Banhos-de-cheiro aos turistas: relações entre medicinas tradicionais e o turismo em ambiente comercial e cultural. Belém/PA. Amazônica - Revista de Antropologia. 2022 May 4;14(1):31.

3. Mafra RZ, Lasmar, DJ, Rivas, AA. O Consumo de Remédios Caseiros Durante a Pandemia do Covid-19 e a Evidência da Bioeconomia. Nota técnica. DEA/UFAM. 2020; 1(7).

4. Santos DL, Moraes JS, Araújo ZTS, Silva IR da. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. Ciências em foco. 2019 Jun 2;12(1).

5. Guedes AL, Corbin HP. Mulheres quilombolas e medicina popular: um estudo de caso em Santa Rita de Barreira, Pará. Amazônica – Revista de Antropologia, 2020 Oct 29;12(1):123–3.

6. Caetano NLB, Ferreira TF, Reis MRO, NEO GGA, Carvalho AA. Plantas medicinais utilizadas pela população do município de Lagarto - SE, Brasil – ênfase em pacientes oncológicos. Revista Brasileira de Plantas Medicinais. 2015;17(4 suppl 1):748–56.

7. Pinheiro JAS, Alves DB, Passos XS, Maia YLM. Hepatotoxicidade de plantas medicinais e produtos herbais. Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO. 2020 Apr 16; 3(1).

8. Rodrigues G, Marcolin É, Bona S, Porawski M, Lehmann M, Marroni NP. Hepatics alterations and genotoxic effects of Croton cajucara Benth (SACACA) in diabetic rats. Arquivos de Gastroenterologia. 2010 Sep;47(3):301–5.

9. Passos MMB dos, Albino R da C, Feitoza-Silva M, Oliveira DR de. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. Saúde em Debate. 2018 Mar 1; 42:248–62.

10. Pereira MGS, Coelho-Ferreira M. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. Biota Amazônia. 2017; 7(3): 57-68.

11. Jesus JG de, Lobo VS, Rosa MF, Eisin R. Elaboração de fórmulas farmacêuticas de uso tópico usando óleo essencial extraído do capim limão. Brazilian Journal of Development. 2021; 7(3): 21800–15.

12. Durão GH, Costa K, Medeiros M. Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade quilombola de Porto Alegre, Cametá, Pará, Brasil. Boletim Do Museu Paraense Emílio Goeldi - Ciências Naturais. 2021; 16(2): 245-258.

13. Santos JJF, Coelho-Ferreira M, Lima PGC. Etnobotânica de plantas medicinais em mercados públicos da Região Metropolitana de Belém do Pará, Brasil. Biota Amazônia. 2018; 8(1): 1-9.

14. Sousa RL, Silva EC da, Silva AF, Leal JB, Maia AAB et al. Construção de um banco de dados de plantas medicinais aromáticas da região do Baixo Tocantins, Amazônia, Pará, Brasil: resultados preliminares. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. 2022; 11(3):e43411326756.

15. Flor ASSO, Barbosa WLR. Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá - PA. Revista Brasileira de Plantas Medicinais. 2015; 17(4): 757-768.

16. Xavier RAT, Lima RA, Pantoja TMA, Batista DM, Souza DB de, et al. Levantamento de plantas medicinais da família Lamiaceae na comunidade Cristolândia, Humaitá-AM. Revista Biodiversidade. 2022; 21(2).

17. Martinez L do N, Rodrigues FL da S, Silva NB da, Santos EV dos, Costa JDN. Avaliação etnobotânica das espécies das famílias Asteraceae e Lamiaceae utilizadas com potencial medicinal na região de Porto Velho – Rondônia. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente. 2020 Dec 2; 8(2):431–45.

18. Sousa RL, Leal JB, Costa JM, Pereira MGS, Silva AF, et al. Plantas medicinais aromáticas: levantamento etnobotânico em duas comunidades rurais, Pará, Amazônia, Brasil. Revista Biodiversidade. 2022; 21(2).

19. Fonseca DJ dos S, Araújo Neto JP de, Costa JM. Banho de Cheiro de São João no município de Abaetetuba, Pará, Brasil. Revista África e Africanidades - Ano XI. 2018, 1(27).

20. Ramalho MP, Santos SLF, Castro NM de, Vasconcelos LM de O, Morais IC de O, Pessoa CV. t al. Plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: revisão de literatura. Revista Expressão Católica Saúde. 2018 Dec 17;3(2):64-70.

21. Menezes AC dos S, Alves LDB, Goldemberg DC, de Melo AC, Antunes HS. Anti-inflammatory and wound healing effect of Copaiba oleoresin on the oral cavity: A systematic review. Heliyon. 2022 Feb;8(2):e08993.

22. Piedade MTF, Schoengart J, Junk WJ. O manejo sustentável das áreas alagáveis da Amazônia Central e as comunidades de herbáceas aquáticas. Scientific Magazine UAKARI, 2008 Aug 13;1(1):43–56.

23. Monteiro MVB, Bevilaqua CML, Palha M das DC, Braga RR, Schwanke K, Rodrigues ST, et al. Ethnoveterinary knowledge of the inhabitants of Marajó Island, Eastern Amazonia, Brazil. Acta Amazonica. 2011;41(2):233–42.

24. Piedade MTF et al. Os campos naturais e as plantas herbáceas na planície de inundação amazônica e sua utilização: Desafios para um Manejo Sustentável. 1 ed. Manaus: Pesquisas da Amazônia - INPA. 2020.

25. Melo PMC de O; Santos, R da S, COELHO-FERREIRA M. Dinâmicas de conhecimento e uso de plantas medicinais em um assentamento rural de Belém do Pará-PA. Rodriguésia. 2021; 72: e00662018.

26. Fischer ML, Palodeto MFT, Santos EC dos. Uso de animais como zooterápicos: uma questão bioética. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2018 Mar;25(1):217–43.

27. Coelho et al. O uso de zooterápicos em uma comunidade na Caatinga pernambucana. Rev. Bras. de Agroecologia. 2017; 12(3): 202-209.

28. Jacinto, FO. Bicho, cura e magia! Práticas culturais e conhecimentos tradicionais na Reserva Extrativista Mapuá (Ilha do Marajó, Pará): uma perspectiva etnozoológica. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Agriculturas Amazônicas (PPGAA), Instituto Amazônico de Agriculturas Familiares, Universidade Federal do Pará, Belém. 2018.

29. Silva AC, Lobato FHS, Ravena-Cañete V. Plantas medicinais e seus usos em um quilombo amazônico: o caso da comunidade Quilombola do Abacatal, Ananindeua (PA). Revista NUFEN. 2019 Dec 1;11(3):113–36.

30. Abrão CF, Oliveira DR de, Passos P, Freitas CVRP, Ferreira Santana A, et al. Zootherapeutic practices in the Amazon Region: chemical and pharmacological studies of Green-anaconda fat (Eunectes murinus) and alternatives for species conservation. Ethnobiology and Conservation. 2021 Feb 19; 10(15)

31. World Health Organization (WHO), 2013. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization, Geneva.

POTENCIAL TERAPÊUTICO REGIONAL EM SAÚDE E CIRURGIA: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E EVIDÊNCIAS

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Camilla Cristina Pereira Leitão

Felipe Kiyoshi Yoshino

Anny Caroline Oliveira de Oliveira

Ana Clara Araújo dos Santos

Camila Miranda Abdon

Thais de Oliveira Cardoso Brandão

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

José Antonio Cordero da Silva

"A cultura desses povos não morreu,

Na pele grande tela,

O grafismo é nossa voz.

Na pena um significado singular,

A liberdade que se tem

Como pássaro a voar".

(Márcia Wayna Kambeba)

1. PLANTAS MEDICINAIS E OS POVOS AMAZÔNICOS

O uso de recursos naturais para a manutenção da vida em nossa espécie vem desde os tempos imemoriais[1]. Nos povos amazônicos tradicionais – indígenas, quilombolas, ribeirinhos e seringueiros – a interação com a natureza desempenha importante papel na formação dessa riqueza cultural[2]. Nesse sentido, os conhecimentos sobre plantas medicinais no processo de saúde-doença recebem especial destaque pela importante biodiversidade da flora local, sendo repassados e validados pelas experiências dos antepassados[3].

Além disso, o uso passa a ser o primeiro ou o único recurso em saúde, diante do isolamento geográfico de muitas dessas populações, seja pelas descomunais dimensões do território amazônico ou pelas variáveis climáticas que podem dificultar o acesso dessas comunidades ao meio urbano, como as secas e enchentes dos rios[4]. Nesse

sentido, os recursos locais tornam-se imprescindíveis e a floresta se apresenta como uma verdadeira “farmácia viva” para esses povos[5].

Os pajés, as curandeiras, os benzedeiros e as parteiras, portanto, são os grandes promotores de saúde em suas comunidades. Já as plantas medicinais, os ritos, as cantorias e as tradições são o primeiro tratamento, exigindo paciência e respeito em seu recebimento e aplicação. Para muitos desses povos, a floresta é uma entidade viva e tudo que lá cresce tem dono, devendo-se sempre pedir licença ao adentrar. Assim, percebe-se que o uso de plantas medicinais na Amazônia é envolto por práticas culturais que também influenciam no êxito do processo de cura[6].

2. PLANTAS MEDICINAIS E O SUS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% da população mundial faz uso de práticas tradicionais em saúde, dentre as quais se sobressai o uso de plantas medicinais e seus extratos[7]. Por conseguinte, nas Américas, o Brasil foi um dos países vanguardistas na inclusão social dessas práticas em seu Sistema de Saúde Único (SUS) – fato que se concretizou com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, que ampliou o rol de sistemas e recursos terapêuticos reconhecidos e ofertados gratuitamente à população, tal como o reconhecimento do papel das plantas medicinais e da fitoterapia[8].

A palavra fitoterapia descende da combinação das palavras gregas *phyton* (vegetal) e *therapeia* (tratamento), e atualmente representa medicamentos que são obtidos de matérias-primas vegetais com propriedades ativas com fins terapêuticos, cuja eficácia e segurança sejam fundamentadas por estudos clínicos[1,9]. Em contrapartida, as plantas medicinais – mais amplamente utilizadas – são definidas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), como vegetais, cultivados ou não, com propósitos terapêuticos[10,11].

Nesse sentido, percebe-se que tanto o potencial terapêutico quanto estudos na área ainda são incipientes no Brasil, apesar da gama de possibilidades, dada a biodiversidade da Amazônia[2]. Dessa maneira, seria possível garantir um perfil de segurança e dificultar o uso indiscriminado de fitoterápicos, uma vez conhecidas as doses adequadas e seus possíveis efeitos adversos[12].

3. O POTENCIAL TERAPÊUTICO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Historicamente, a ocupação do território amazônico foi marcada por ciclos migratórios baseados na exploração predatória de recursos naturais, principalmente entre os séculos XIX e XX, durante os Ciclos da Borracha e, mais recentemente, na década de 1970, sob o

pretexto da Integração Nacional e proteção de fronteiras[5]. Por outro lado, esses intensos processos migratórios foram responsáveis pela forte miscigenação e formação de uma rica pluralidade cultural na região.

Nessa perspectiva, as comunidades locais, coexistindo com grande abundância de recursos, desenvolveram técnicas para a manutenção de sua própria subsistência, visando ao baixo impacto ambiental[13]. Tais práticas corroboram o conceito de desenvolvimento sustentável, instituído pelo Relatório de Brundtland (1987), que, diante do mundo globalizado, representa o grande desafio de satisfazer as necessidades do presente sem comprometer os recursos naturais para as gerações futuras[14].

Somado a isso, o emprego popular de plantas medicinais baseado na experiência empírica de grupos ancestrais é notório, sobretudo no que tange às doenças tropicais endêmicas, como a malária, a leishmaniose e a doença de Chagas. Tais parasitoses têm como agentes etiológicos protozoários, sendo, portanto, de difícil manejo, uma vez que há a necessidade de tratar diferentes formas evolutivas do parasita. Assim, múltiplas espécies são estudadas para esse fim, a exemplo da *Gustavia elliptica* (Mucurão), do gênero *Annona* e a *Arrabidaea chica* (Crajiru)[13, 15,16].

Diante do considerável potencial terapêutico da flora amazônica, a região destaca-se como alvo de interesse econômico. O uso de fitoterápicos implica a necessidade de estudos para elucidar a atividade biológica daquela espécie, a fim de minimizar efeitos adversos e potencializar seu uso racional[13]. Porém, ainda que o Brasil apresente uma impressionante diversidade biológica e conhecimento tradicional sobre o cultivo e a aplicação clínica dessas espécies, o país ainda representa parte incipiente do mercado farmacêutico mundial, inclusive, sendo alvo de biopirataria[2,13].

Assim, faz-se necessário fomentar os estudos etnobotânicos, uma vez que estes são valiosos instrumentos de documentação, valorização e compreensão da atividade biológica vegetal, levando em consideração a sustentabilidade e os povos tradicionais que dela fazem uso há gerações[16].

4. ALGUNS ESTUDOS COM ESPÉCIES BOTÂNICAS UTILIZADAS COM FINS MEDICINAIS NA AMAZÔNIA

A *Orbygnia phalerata*, conhecida popularmente como babaçu (Figura 1), é uma palmeira nativa do Norte do Brasil, e de seu mesocarpo é extraído um pó, conhecido popularmente como amido, utilizado como alimento e como remédio com propriedades analgésicas, antipiréticas e anti-inflamatórias[17].

Figura 1 – Palmeira de babaçu (*Orbygnia phalerata*).

A fim de avaliar a capacidade antiulcerosa dessa planta, foi realizado um estudo[17] na Universidade Federal do Maranhão, no qual ratos Wistar machos (*Ratus novergicus*) foram induzidos à úlcera péptica. Na mesma investigação, também foi utilizada a polpa da juçara (*Euterpe edules*) (Figura 2) com o mesmo objetivo. Além do grupo de ratos que recebeu babaçu ou juçara, também houve o grupo que recebeu omeprazol e outro para o qual se forneceu apenas água, ração e álcool a 70%.

Figura 2 – Juçara (*Euterpe edules*).

Quanto aos resultados, o grupo juçara foi o que teve menor identificação de úlceras. Microscopicamente, os grupos babaçu, juçara e omeprazol protegeram contra necrose e fibrose. Como o etanol foi utilizado para a indução da úlcera péptica em ratos e pesquisas prévias já provaram que as ulcerações induzidas por álcool não sofrem inibição com tratamentos que interferem na secreção ácida, sugere-se que o mecanismo pelo qual a juçara e o babaçu apresentam efeito terapêutico antiulcerogênico atue por meio de agentes que incrementam os fatores de defesa da mucosa, tais como as prostaglandinas[17].

A conclusão do estudo foi a de que os extratos de juçara e babaçu se comportaram como omeprazol, evidenciando a atividade terapêutica desses extratos[17].

Em outra pesquisa[18] realizada com ratos Wistar procedentes do Biotério do Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará, foi utilizado o óleo de copaíba na mucosa intestinal, antes de submeter os roedores a choque hipovolêmico. Os ratos foram distribuídos em 3 grupos: sham, operação simulada em todas as etapas cirúrgicas sem a realização do choque hipovolêmico; isquemia, submetidos ao choque hipovolêmico; copaíba, submetidos ao choque hipovolêmico previamente tratados com óleo de copaíba.

O óleo de copaíba (*Copaifera langsdorffii)* (Figura 3) é proveniente da seiva das árvores e apresenta ações terapêuticas como anti-inflamatório, cicatrizante e antioxidante. Detém efeitos positivos contra a colite induzida por ácido acético em ratos. Ademais, já mostrou um aumento da sobrevida global em ratos, com baixo índice de lesão pulmonar e estresse oxidativo, em um estudo que avaliou os efeitos desse óleo em sepse abdominal por ligadura e punção cecal[18,19].

No entanto, embora apresente tantos efeitos terapêuticos relatados, a administração do óleo de copaíba não reduziu a lesão da mucosa intestinal de ratos submetidos ao choque hipovolêmico[18].

Figura 3 – Representação da árvore de copaíba (*Copaifera langsdorffii*).

Dentre as principais plantas medicinais utilizadas pela população amazônica em tratamentos de diversas doenças e também para fins cosméticos, está a *Aloe vera,* conhecida popularmente como babosa (Figura 4), pertencente à família Aloaceae, nativa originalmente do Norte da África[20].

Em uma pesquisa de revisão bibliográfica que teve como foco principal analisar os efeitos da babosa em feridas agudas e crônicas, evidenciaram-se efeitos benéficos da planta em diminuir o tempo de cicatrização de feridas. Tal fato foi evidenciado em 5 dos 7 ensaios clínicos avaliados (envolvendo um tamanho amostral médio de 62 pacientes)[21].

A revisão integrativa salientou pesquisas que apontaram uma eficácia da utilização de *Aloe vera* na aceleração do processo de cicatrização das feridas agudas e crônicas, que apresentou um resultado melhor do que comparado com os pacientes do grupo placebo,

Figura 4 – Babosa (*Aloe vera*).

sulfadiazina de prata e do grupo que utilizou gaze desprovida de agente tópico. Ademais, houve uma redução das dores em situação de queimaduras e de fissuras anais crônicas[21].

Por outro lado, fatores como a falta de uma padronização da composição dos produtos testados à base de *Aloe vera*, do método de processamento e da forma de aplicação desse fitoterápico podem comprometer a conservação das características químicas dessa planta, fomentando uma carência de ensaios clínicos com uma metodologia bem definida ou confiável[21]. Dessa forma, a Cochrane, organização sem fins lucrativos que defende a tomada de decisões em saúde baseadas em evidências, afirma que: "faltam evidências provenientes de ensaios clínicos de boa qualidade para apoiar o uso de agentes tópicos ou curativos com babosa para o tratamento de feridas agudas e crônicas" (p. 1)[22].

Em investigação etnobotânica que objetivou o levantamento das plantas medicinais mais utilizadas no tratamento de ferimentos cutâneos em duas comunidades rurais da região do Baixo Tocantins na Amazônia, foram coletadas e estudadas 16 etnoespécies de fitoterápicos pertencentes a 9 famílias e 10 gêneros. As plantas mais citadas na pesquisa com uso popular para fins cicatrizantes foram o malvarisco, a copaíba e a andiroba (Figura 5). Na região Norte do Brasil, um dos produtos naturais mais comercializados é o óleo de andiroba[23].

Um estudo interessante, duplo-cego e randomizado, foi realizado em 60 crianças com leucemia submetidas à quimioterapia, com o objetivo de avaliar os efeitos na sintomatologia e evolução de mucosite oral mediante o uso de óleo de andiroba ou de laser de baixa potência. Em comparativo, a utilização do óleo de andiroba diminuiu significativamente a gravidade de mucosite oral e gerou melhor alívio da dor do que em relação ao grupo que recebeu laser[24].
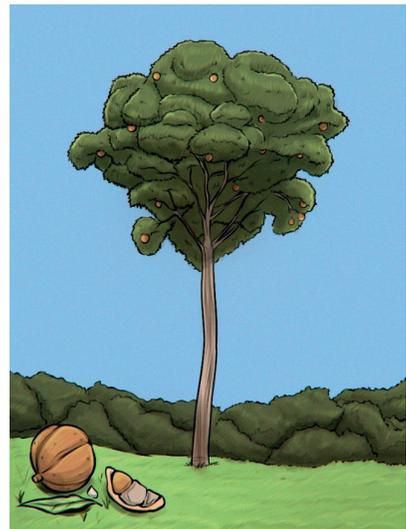
Figura 5 – Andiroba (*Carapa guianensis*) e seu fruto em evidência. O óleo é extraído das sementes do fruto.

A tabela abaixo (Tabela 1) foi adaptada do estudo de Trevisan, Seibert e Santos[25] e traz à baila o emprego de algumas plantas na medicina tradicional no SUS em uma cidade da Amazônia Legal:

Tabela 1 – Utilização de plantas na medicina tradicional no SUS em cidade da Amazônia Legal.

USO POPULAR	PLANTA UTILIZADA
Dores na garganta	Manjericão (*Ocimum basilicum*) Hortelã (*Mentha*) Limão (*Citrus limon*)
Expectorante e tosse	Guaco (*Mikania glomerata*) Marcela (*Achyrocline satureioides*) Alcachofra (*Cynara scolymus*)
Atividade anti-inflamatória	Mastruz (*Dysphania ambrosioides*) Erva-baleeira (*Cordia verbe*nacea) Acácia-branca (*Moringa oleifera*)
Redução de colesterol	Acácia-branca (*Moringa oleifera*)
Sintomas da menopausa	Amora (*Morus nigra L., Morus alba L.*)
Sintomas de litíase renal	Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*) Cabelo-de-milho (*Stigma maydis*) Carqueja (*Baccharis trimera*) Cavalinha (*Equisetum arvense*)
Controle da ansiedade	Capim-cidreira (*Cymbopogon citratus*) Camomila (*Matricaria chamomilla*) Erva-de-são-joão (*Hypericum perforatum*)
Atividade antibiótica	Sucupira (*Pterodon emarginatus*)
Sintomas de acidez gástrica	Espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*)

Fonte: elaborada pelos autores com base em Trevisan, Seibert e Santos (2021)[25].

5. CUIDADOS E RESSALVAS DIANTE DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

As plantas medicinais podem ser procedentes de cultivos domésticos, baseados em conhecimentos populares, com o poder terapêutico atestado por uso há gerações, apesar da possibilidade de desconhecimento de sua composição química e da real funcionalidade e perfil de segurança[26].

A primeira barreira encontrada para o uso seguro e consciente é a dificuldade de adequada identificação dessas plantas, que podem ser provenientes de cultivos ou de origem silvestre. Mesmo um botânico capacitado pode apresentar dificuldades para identificar a espécie de um espécime que não esteja no estágio de desenvolvimento correto[27].

Em nível de comunidade, a diferenciação é realizada por "conhecedores" que se baseiam em conhecimentos populares e aspectos morfológicos para escolher plantas potencialmente terapêuticas. Contudo, é sabido que há plantas morfologicamente

semelhantes, mas com composição química bastante diferente, que coexistem no mesmo ambiente, podendo levar à falsa identificação com suas dadas consequências[27].

Esse fato é agravado pela variação da disponibilidade regional e sazonal de espécies semelhantes que podem levar à coleta e distribuição de imitadoras, que podem ser mais comuns na região ou naquela época do ano[27].

Ademais, mesmo quando a espécie é devidamente identificada, há grande variação de concentração de princípios ativos ainda que na mesma espécie, secundária a diferentes fatores ambientais (localização geográfica, característica do solo, clima, época de cultivo e coleta) e genética individual. Também não devem ser esquecidas potenciais contaminações ambientais por poluentes (organoclorados, organofosforados, metais pesados, entre outros) ou por agentes biológicos causadores de doenças (ex. *E. coli*), principalmente em espécies silvestres, que muitas vezes são encontrados pertos de rios, estradas ou plantações[28].

Após a identificação, assim sendo, a coleta e o armazenamento devem ser realizados com adequados cuidados de higiene das mãos e uso de recipientes limpos, seguidos por secagem da planta o mais breve possível. Para estocagem de materiais, é necessário manter as plantas acima do chão, longe das paredes, protegidas de insetos e roedores, com separação física dos produtos para evitar troca e contaminação cruzada - o que muitas vezes é diferente da realidade em que as plantas são estocadas: em armazéns e barracas úmidas e escuras ou expostas aos elementos, com maços de diferentes espécies amarrados com barbante ou plásticos[28].

O armazenamento inadequado, além de poder levar à infecção por patógenos, pode acarretar a perda dos princípios ativos ou degradação química, física ou enzimática, principalmente quando reservados por períodos prolongados[28].

Outra preocupação é inerente ao fato de que muitos comerciantes desconhecem as plantas que vendem, e se baseiam em conhecimentos repassados pelo “conhecedor” de quem adquiriram as plantas ou de revistas populares, agregando risco de indicação e de uso inadequado, além de introduzirem novamente a possibilidade para erro de identificação ou até mesmo venda de produtos adulterados, principalmente em formulações de preparados e garrafadas[27].

Em muitos comércios não há fiscalização adequada por órgãos oficiais, até mesmo pela dificuldade de identificar as plantas após o seu processamento. O uso de rotulação industrial não é garantia de que os produtos listados estejam presentes ou na quantidade indicada[27].

Após a aquisição, o preparo e uso incorreto contribuem para o risco de toxicidade, bem como variações da concentração dos princípios ativos. A realização de chás é uma prática complicada, pois a fervura da planta pode degradar os princípios ativos e não eliminar contaminantes biológicos, como certos tipos de fungos.

Como a maioria das plantas não apresentam estudos de eficácia e toxicidade, a forma de uso é guiada por opinião de erveiros e experiência própria do indivíduo, potencializando os riscos[26].

Além disso, as plantas medicinais não costumam ser informadas aos médicos durante uma consulta, contribuindo para interações medicamentosas.

O uso de plantas é guiado por sintomas ou diagnóstico percebido pelo doente ou por terceiros (com formação em saúde ou não), assumindo um papel semelhante aos medicamentos de venda livre. Contudo, essas plantas podem ser utilizadas em substituição à terapia convencional com eficácia definida, secundárias a uma falsa sensação de segurança de que medicamentos de origem natural são menos agressivos. Tal costume pode levar a atraso de tratamento e agravamento do quadro[27].

É essencial que o profissional da saúde seja ativo na sensibilização da população quanto ao uso incauto de plantas medicinais, visto que as plantas produzem diversas substâncias além do princípio ativo terapêutico, que podem gerar efeitos indesejáveis, interações com outras medicações e até toxicidade.

O apelo e a influência midiática também podem ser um problema a ser superado, quando a mídia veicula a ideia de que, por serem naturais, medicamentos à base de plantas são seguros e que seu uso sempre irá promover a saúde, ignorando possíveis efeitos adversos.

Sem dúvida, a Amazônia tem um potencial terapêutico imensurável em sua flora, porém, deve-se levar em conta o uso seguro e racional desses recursos, visando ao bem-estar da população e aliando as evidências científicas ao resgate à cultura dos povos. Deve também haver valorização do trabalho dos erveiros, com maior participação da gestão pública, de órgãos de fiscalização e maior capacitação desses profissionais[26].

REFERÊNCIAS

1. Bortoluzzi MM, Schmitt V, Mazur CE. Efeito fitoterápico de plantas medicinais sobre a ansiedade: uma breve revisão. Research, Society and Development. 2020 Jan 1;9(1):e02911504.

2. Ferreira F. Análise da biopirataria de fitoterápicos na Amazônia brasileira. Revista Multidisciplinar de Educação e Meio Ambiente. 2021 Oct 6;2(4):1–7.

3. Moraes JS, Santos DL, Silva G de NF da, Souza KO da, Souza DCR de, Fecury AA, et al. O uso medicinal de "Terramicina" Alternanthera dentata (Moench) Stuchlik., em uma comunidade do nordeste paraense-Amazônia-Brasil. Research, Society and Development. 2020 Jun 7;9(7):e698974838.

4. Guedelha CS, Ramos SC de S, Carneiro ALB, Ribeiro Junior OC, Felipe AOB, Costa CBA, et al. Saberes e práticas de mulheres ribeirinhas no climatério: autocuidado, uso de plantas medicinais e sistemas de cuidado em saúde. Research, Society and Development. 2022 Feb 17;11(3):e17511326391.

5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

6. Chammas LPH. Projeto Beth Bruno: nas comunidades da Amazônia, a união do saber popular e das práticas integrativas e complementares. Revista Fitos. 2020 Sep 30;14(3):355–64.

7. Monteiro LR, Guajajara TC. Cantoria Guajajara: resistência em tempos de pandemia. C:\Users\Rita\Zotero\storage\YH6MRS47\Monteiro e Guajajara - 2020 - Cantoria Guajajara resistência em tempos de pandepdf [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Jul 25]; Available from: https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/4118

8. Moraes LG de, Alonso AM, Oliveira-Filho EC. Plantas medicinais no tratamento do câncer: uma breve revisão de literatura. Universitas: Ciências da Saúde. 2011 Jul 29;9(1).

9. Silva GKF da, Sousa IMC de, Cabral MEG da S, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [cited 2021 May 3];30(1). Available from: https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n1/e300110/pt

10. Ferreira EE, Carvalho E dos S, Sant´Anna C de C. A importância do uso de fitoterápicos como prática alternativa ou complementar na atenção básica: revisão da literatura. Research, Society and Development. 2022 Jan 11;11(1):e44611124643.

11. Brasil. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

12. Costa ARFC da, Cordovil FM, Lima MJ de, Coelho WAC, Salvador Filho EC. Uso de plantas medicinais por idosos portadores de hipertensão arterial. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. 2019 Apr 1;17(1):16-28.

13. Machado AN, Rodrigues BP, Santos Filho NR, Magalhães SC, Denarde SS et al. Perfil de segurança dos medicamentos fitoterápicos e utilização no Sistema Único de Saúde. Revista Científica FACS, 2021 21;2: 34-42.

14. Ferreira RSRS, Sarquis IR, Fernandes CP, Araújo GS, Lima B et al. The Use of Medicinal Plants in the Riverside Community of the Mazagão River in the Brazilian Amazon, Amapá, Brazil: Ethnobotanical and Ethnopharmacological Studies. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2019 Apr 10;2019:1–25.

15. Ferreira JF de C, Corrêa JM, de Alcantara Junior JE. Sustainability assessment in the Brazilian Amazon: the municipalities of the state of Amapá. Environment, Development and Sustainability. 2021 Apr 1 23;11:15725-38.

16. Da Silva BJM, Hage AAP, Silva EO, Rodrigues APD. Medicinal plants from the Brazilian Amazonian region and their antileishmanial activity: a review. Journal of Integrative Medicine. 2018 Jul;16(4):211–22.

17. Bieski IGC, Leonti M, Arnason JT, Ferrier J, Rapinski M, Violante IMP, et al. Ethnobotanical study of medicinal plants by population of Valley of Juruena Region, Legal Amazon, Mato Grosso, Brazil. Journal of Ethnopharmacology. 2015 Sep;173:383–423.

18. Torres OJM, Santos OJ dos, Moura RS de, Serra HO, Ramos VP, Melo SP da C, et al. Activity of *Orbignya phalerata* and Euterpe edules in the prevention and treatment of peptic ulcer in rats. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2018 Aug 16;31(3).

19. Teixeira RKC, Costa FLS, Calvo FC, Santos DR, Yasojima EY; Brito MVH. Effect of copaiba oil in intestinal mucosa of rats submitted to hypovolemic shock. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2019;32(3).

20. Lopes LN, Santos FAF, Oliveira LCM, Percário S, Barros CAV de, Brito MVH. Copaiba oil effect on induced fecal peritonitis in rats. Acta Cirurgica Brasileira. 2015 Aug;30(8):568–73.

21. Simões CMO, Schenkel EP, de Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia: do produto natural ao medicamento. Artmed Editora; 2016.

22. Chini LT, Mendes RA, Siqueira LR, Silva SP, Silva PC dos S, Dázio EMR, et al. O uso do Aloe sp (aloe vera) em feridas agudas e crônicas: revisão integrativa. Aquichan [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Jun 3];17(1):7–17.

23. Dat AD, Poon F, Pham KB, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Feb 15.

24. Ribeiro LSM, Bernardino PCRR, Blanco BA, Silva TG de S e, Bernardes MTCP, Pereira PS, et al. Efeito do extrato das folhas da Passiflora edulis na cicatrização da pele. Avances en Enfermería. 2020 Sep 1;38(3):325–34.

25. Soares A dos S, Wanzeler AMV, Cavalcante GHS, Barros EM da S,Carneiro RCM et al. Therapeutic effects of andiroba (Carapa guianensis Aubl) oil, compared to low power laser, on oral mucositis in children underwent chemotherapy: A clinical study. Journal of Ethnopharmacology. 2021;264:113365.

26. Sousa RL, Silva EC, Silva AF, Mesquita SS, Sousa DR, et al. Etnobotânica das plantas medicinais utilizadas no tratamento de ferimentos na pele em duas comunidades rurais da região do Baixo Tocantins, Amazônia, Brasil. Research, Society and Development. 2021 Jun 18;10(7):e21210716412.

27. Emmi DT, Melo FOB, Araújo MV de A. Saber popular e conhecimento científico na comercialização de plantas medicinais para saúde bucal. Revista Fitos. 2021 Dec 17;15(4):482–93.

28. Bochner R, Fiszon JT, Assis MA, Avelar KES. Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercadão de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Brasileira de Plantas Medicinais [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 30];14(3):537–47.

29. Lisboa CF, Melo E de C, Sperotto NCZ, Ávila MBR, Silva LC da, Aleman CC, et al. Embalagens e armazenamento de plantas medicinais. Research, Society and Development. 2022 Jun 2;11(7):e50911724813.

ÉTICA E POLÍTICAS EM CIRURGIA NA AMAZÔNIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Livio Melo Barbosa

Hyandra Gomes de Almeida Sousa

Giovana Silva Correa Reis

Querly Oliveira Silva

Luciene dos Santos Paes

Charles Alberto Villacorta de Barros

José Antonio Cordero da Silva

"Do rio, fazes o teu sangue [...].

Depois planta-te,

germina e cresce

que tua raiz

se agarre à terra

mais e mais para sempre"

(Javier Yglesias)

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA BIOÉTICA E DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA NO MUNDO E NO BRASIL

Após as barbáries ocorridas no Holocausto na Segunda Guerra Mundial, em 1947, houve a formulação do Código de Nuremberg, um dos grandes marcos na emergência da Bioética que conta com diretrizes éticas voltadas à realização de estudos com seres humanos a partir do consentimento dos participantes de um estudo[1].

A prática de pesquisas em saúde deve ser pautada ainda no Código de Nuremberg, que opôs o duplo padrão ético – benefício de países desenvolvidos sobre países em desenvolvimento. Também foi essencial ao surgimento da Bioética, no panorama mundial, a Modificação da Assistência Sanitária, que compreendeu o cliente como agente moral, responsável por sua própria saúde, titular de direitos. No Brasil, o aparecimento da Bioética foi tardio, no entanto, atualmente há cerca de

848 Comitês de Ética em Pesquisa no país[2,3].

No Brasil, foi tardia a evolução da ética na prática da saúde. Iniciou-se, em 1867, a adoção do código de ética da Associação Médica Americana; e posteriormente, em 1944, houve o reconhecimento oficial pelo governo do primeiro Código de Ética Médica. Em setembro de 1945, por meio do Decreto de lei número 7.955, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina foram criados, vigorando o código supracitado[4].

Em 30 de setembro de 1957, a Lei nº 3268/57 foi sancionada pelo então presidente da República, Juscelino Kubitscheck de Oliveira, originando as estruturas dos conselhos federais e dos códigos de ética médica. Dessa forma, o primeiro Código de Ética Médica nos padrões atuais entrou em vigor em 11 de janeiro de 1965. Desde então, houve diversas revisões, até que, em 13 de abril de 2010, entrou em vigor o sexto Código de Ética Médica[4].

Paralelo ao surgimento e evolução desse código, foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), no artigo 198 e incisos, o Sistema Único de Saúde (SUS) do país, pressupondo acesso gratuito a todos os cidadãos, assim como as diretrizes nas quais os governos federal, estadual e municipal devem visar à melhoria dos serviços de saúde com a presença essencial do preceito de humanização. Isso não se restringe a investimentos em melhores condições de trabalho dos profissionais da área, mas tem a concepção mais ampla de gerar dignidade de vida para seus usuários e para a comunidade[5].

Embora tenham ocorrido os avanços na Ética em Pesquisa em Saúde e na construção e humanização do SUS, ao longo da história do país, existiram casos em que a ética em pesquisa foi rompida[6]. Um exemplo aconteceu na Amazônia, no município de Santana (AP), em uma pesquisa da Universidade da Flórida, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de São Paulo (USP), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (SESA)[7].

Tratava-se de um estudo ocorrido entre 2003 e 2005, sob o título “Heterogeneidade de vetores de malária no Amapá”, que visava avaliar os vários tipos de transmissores de malária na região. Para tanto, 40 moradores da comunidade quilombola São Raimundo do Pirativa, próximo à Santana, estavam recebendo dinheiro para serem participantes da pesquisa. Estes receberiam R$ 108,00 por nove noites de trabalho no mês para capturar e alimentar os mosquitos vetores da malária[7]:

> Diariamente, eles eram submetidos a picadas de cem mosquitos transmissores da malária. Cada pessoa tinha de reunir 25 insetos por vez dentro de um copo e, então, eles colocavam o copo na perna para que os mosquitos chupassem seu sangue. Isso acontecia durante uma, duas três horas, o tempo que fosse necessário para que os insetos ficassem tão saciados de sangue que caíssem. Depois, os insetos eram entregues aos pesquisadores[8].

Na época, a Fiocruz se pronunciou e explicou que o projeto emitido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CEP/UNIFAP) não citava pagamento aos participantes, tampouco a sua participação como "isca humana". No estudo, cerca de 50% dos colaboradores foram contaminados com malária, ainda que não se possa assegurar que todos foram contaminados devido ao local onde viviam ou pela "experiência" antiética em si[8,9].

Tratar sobre vulnerabilidade de pessoas, sobretudo em pesquisa científica, torna-se um dos grandes desafios em Bioética, em razão da dificuldade conceitual e das discussões em torno dela, devendo-se considerar que um baixo nível educacional e a deficiência no acesso a serviços de saúde de qualidade são fatores que impactam e perpetuam a condição de vulnerabilidade. Nesse sentido, a existência do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) vem para institucionalizar quem deve ser considerada pessoa vulnerável, ou seja, aquela que se encontra com sua capacidade ou liberdade comprometida para consentir ou recusar a participação em uma investigação[1].

Outrossim, a vigência da Resolução nº 466/2012 trouxe a normatização dos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos[10]. Nela, houve o reconhecimento dos indivíduos com vulnerabilidade e a disposição de regras como a necessidade dos termos de consentimentos, o esclarecimento dos riscos e benefícios, a garantia de sigilo e de assistência integral quando há utilização de fármacos, dentre outras.

De forma similar, a Resolução nº 510/2016 aborda as normas referentes às pesquisas nas áreas das Ciências Humanas e Sociais no país, direcionadas a investigações com metodologia que se utilize de dados obtidos com os participantes de forma direta ou de informações identificáveis ou, ainda, que possam gerar danos maiores do que os cotidianos[11].

2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA AMAZÔNIA

A definição de políticas públicas a partir de um olhar academicista tem origem nos Estados Unidos no pós-guerra, durante a resseção econômica, quando houve a necessidade de um melhor controle do governo sobre o orçamento público, a fim de evitar desperdícios ou gastos supérfluos. Sob a ótica dos governantes, as políticas públicas seriam mecanismos de execução planejados das ações do governo que objetivariam beneficiar a coletividade, com a finalidade de trazer a eficiência do processo e a eficácia no alcance das metas[12] (Figura 1). Elas ganham notoriedade quando são colocadas em prática a partir da realidade local e trazem resolutividade à problemática que as gerou[13].
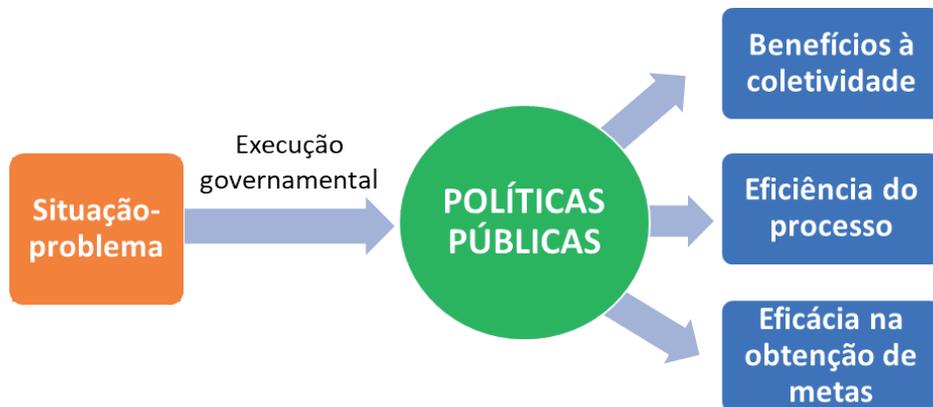
Figura 1 – Modelo Esquemático demonstrando o processo de elaboração e finalidades das políticas públicas.

Em se tratando de Amazônia, um dos grandes problemas é que o enfoque do capital interno e estrangeiro costuma voltar-se para as vantagens econômicas que podem ser extraídas dos recursos naturais da região, não levando em conta as reais necessidades dos povos que aí habitam. Não é à toa o panorama de conflitos agrários e de constante desmatamento no local[12].

Nesse sentido, as diferentes regiões do Brasil mostram contextos diversos de complexidade, portanto, tais contextos devem ser explorados na regionalização da saúde. Essa última trata-se de um modelo de organização que visa à integralidade da atenção à saúde e traz à tona a necessidade de investimentos adicionais, provenientes de fontes de financiamento regional e do Estado[14].

Na Amazônia, há alguns problemas de saúde aos quais essas políticas públicas devem ser dirigidas, uma vez que exigem intervenções complexas, aperfeiçoamento dos modelos de assistência, além de alternativas econômicas sustentáveis. A baixa condição socioeconômica, as barreiras geográficas, acesso reduzido a cuidados de saúde e a exposição frequente a agentes infecciosos são algumas das dificuldades a serem mencionadas e que têm sido ou devem ser alvo das políticas públicas[15].

Tendo isso em vista, a Política Nacional de Atenção Básica trouxe a criação de equipes de saúde voltadas para o atendimento de populações específicas, com necessidades particulares[16]. No cenário amazônico, são as Equipes de Saúde Ribeirinha e Fluvial, que tiveram sua organização rearranjada pela Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014[17], do Ministério da Saúde. O trabalho de tais equipes não causa mudança na cobertura geográfica do local, mas sim no que diz respeito à integralidade e continuidade do cuidado[16].

Segundo a experiência de uma Equipe de Saúde Fluvial no Amazonas, a Atenção Primária à Saúde se manifesta no trabalho da equipe devido a quatro atributos primordiais: o contato com a população; a longitudinalidade, visto que são feitas visitas frequentes à população; a integralidade do cuidado e coordenação pela atuação da equipe multiprofissional[18].

Vale também ser mencionada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, em 2011, que foi um divisor de águas no reconhecimento das peculiaridades dessas populações, visando aumentar o acesso desses grupos ao SUS, além de fomentar qualidade de vida e melhoria dos indicadores de saúde.[15]

3. DESAFIOS DA PRÁTICA CIRÚRGICA NA AMAZÔNIA

A região amazônica abrange uma realidade social diferente das demais, o que repercute na prática médica e na assistência à saúde de sua população de um modo particular. Ao longo de seu desenvolvimento, um conjunto de símbolos e de saberes populares e culturais característicos dessa área, em especial ligados aos grupos tradicionais que lá habitam, ganhou influência e se disseminou em seu meio[19].

A identidade social amazônica é composta por indígenas, mestiços, caboclos, umbandistas, católicos, ribeirinhos, negros e diversos outros grupos. Assim, essa "sociodiversidade" garante à cultura da região uma fisionomia inusitada, dotada de originalidade e de valores, que compõem o âmago de sua população e que repercutem em suas diferentes esferas sociais[19,20,21].

Nesse contexto, a medicina popular, que se desenvolveu a partir dessa diversidade cultural presente na região amazônica, exerce forte influência no seu meio social e, principalmente, na prática em saúde[22,23]. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a medicina tradicional caracteriza-se por um conjunto de práticas e de conhecimentos empíricos, elaborados a partir de crenças e vivências experimentadas por um povo, e que são colocados em prática por diferentes culturas, a fim de prevenir, diagnosticar e/ou tratar algum problema de saúde[23].

Na prática da medicina popular na Amazônia, está presente o uso dos "remédios do mato", amuletos e a realização de rituais de cura. Esse conhecimento está associado à prática cotidiana em diversas comunidades, através do consumo de chás, garrafadas, pomadas e porções, utilizadas para a cura de patologias diversas, tais como dores de garganta, tosse, infecções bacterianas e virais, sintomas de cálculos renais, de menopausa e de gastrite, dentre outros acometimentos[20,21,22,24].

A influência desse conhecimento, em especial os oriundos dos povos nativos da terra, é tão forte no meio social que, em 2017, foi fundado o Centro de Medicina Indígena

da Amazônia – *Bahserikowi* – que conta com os serviços de benzimentos e produção de remédios feitos por pajés, aos pacientes que buscam tratamentos alternativos para suas patologias[25].

Porém, essa pluralidade cultural também pode ser um problema aos serviços de saúde. Atender à população dessa região é um grande desafio, visto que o cuidado médico deve ser culturalmente competente, apropriado e sensível às diferenças culturais, em todos os seus âmbitos, desde o atendimento clínico até o suporte cirúrgico. Ou seja, deve sempre ser embasado em preceitos bioéticos[26].

A Bioética constitui-se como um campo multidisciplinar que abrange diversas ciências e a atenção em saúde, sendo responsável por determinar moralmente os limites das decisões, condutas e políticas desenvolvidas e aplicadas sobre a vida dos pacientes, a fim de solucionar conflitos concretos relacionados à saúde dos povos[27].

Nesse contexto, a diversidade cultural sempre deve ser levada em consideração e não deve ser utilizada como pretexto para violar a dignidade humana[26,27].

A grande problemática relacionada a isso se deve ao desconhecimento, por parte de muitos profissionais médicos, quanto aos regimes culturais que regulam a população indígena, ribeirinha, cabocla e amazônica em geral. Voltados à prática cirúrgica, muitos desses povos não permitem a realização de alguns procedimentos, o que se mostra como um grande empecilho. Um caso famoso, divulgado na mídia, foi o do indígena da etnia *Yanomami*, chamado de Zico, que se recusou a receber transplante de fígado, para tratamento de cirrose hepática crônica, pois sua cultura não permite mudança de órgão de um corpo para outro[28].

Ademais, a pajelança também pode gerar algumas barreiras para a prática cirúrgica tradicional. A recusa de muitos indivíduos em buscar atendimento médico de imediato dificulta o fornecimento de um suporte efetivo. Por ser bastante presente culturalmente nas populações da região, muitos preferem primeiro recorrer aos métodos da medicina alternativa e tradicional. Logo, tendem a recorrer aos serviços formais de saúde em casos mais graves, o que aumenta os riscos do paciente ao ser submetido ao tratamento cirúrgico[24].

O acesso à cirurgia e cuidados cirúrgicos foi declarado em 2015 como parte fundamental da cobertura universal de saúde, tornando, assim, fundamental a criação de políticas que visem à equidade na saúde e bem-estar globais[29].

A cirurgia é essencial para o tratamento curativo de inúmeras patologias, sendo, muitas vezes, a única opção para solucioná-las, principalmente em casos mais complexos e graves. Ela é utilizada, geralmente, como última opção, mas é essencial para a prevenção de condições incapacitantes, para a melhoria da qualidade de vida do paciente e para a

diminuição dos índices de mortalidade em geral. Como forma de melhorar esse acesso, deve ser avaliada a capacidade do sistema cirúrgico de áreas remotas individualmente, uma vez que apresentam desafios únicos na prestação de cuidados cirúrgicos ao redor do mundo[29].

No entanto, garantir acesso equitativo para toda a população constitui-se como um grave problema no Brasil. A falta de acesso ao tratamento cirúrgico, além do prolongado tempo de espera para sua realização, é um importante fator limitante e expõe a fragilidade do sistema público de saúde, principalmente em regiões mais pobres e marginalizadas do país[30]. Evidencia-se a falta de estrutura em diversos hospitais da região amazônica, o que implica no deslocamento de pacientes para as capitais, onde se encontram os hospitais de nível terciário e quaternário[31].

Nesse contexto, a falta de prestadores de serviço de saúde disponíveis em distâncias satisfatórias para um atendimento hospitalar é risco de pior prognóstico para os pacientes. Em um trauma vascular, por exemplo, estima-se que a espera em um intervalo de 200 km do local do acometimento até o hospital está relacionada à internação hospitalar prolongada, e, em intervalos maiores que 300 km, à amputação do membro. Isso evidencia que a distância geográfica vivida por muitos cidadãos da Amazônia pode ser fator determinante para o tratamento e prestação de serviço adequados ou não em saúde[32].

Associada a esse panorama, a capacidade cirúrgica de alguns hospitais nas cidades amazônicas mais afastadas das capitais destaca debilidade nos serviços prestados. A falta de infraestrutura cirúrgica, acesso aos hospitais e assistência médica especializada fora das áreas urbanas nutrem um fluxo de transferência de serviço direcionado aos hospitais das capitais ou de cidades de maior porte, fazendo o paciente se deslocar em grandes distâncias para atendimento[31] (Ver Figura 2).

Figura 2 – Principais desafios na assistência cirúrgica na Amazônia.

No que tange a populações indígenas da região, ainda existem algumas particularidades no atendimento médico. De uma forma geral, os agentes de saúde indígenas conseguem solucionar questões de saúde mais brandas dentro das aldeias; porém, em caso de um acometimento por alguma doença que eles não têm a capacidade de tratar ou que necessite de um atendimento específico, encaminham o paciente ao polo mais próximo e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena se encarrega de direcionar o paciente ao estabelecimento do SUS adequado. Essa dinâmica leva tempo e pode conferir risco a populações desse perfil socioeconômico.

A fim de garantir assistência cirúrgica para toda a população, faz-se necessário um aumento no investimento em infraestrutura, assim como maior atenção à triagem cirúrgica por parte do planejamento estadual.

REFERÊNCIAS

1. Silva AKL, Oliveira RBT, Filgueiras LA, Cardoso-Júnior LM. Para além do comitê de ética em pesquisa: desafios e perspectivas do trabalho de campo de Bioantropologia na Amazônia brasileira frente à doença falciforme. Amazônica – Revista de Antropologia. 2021;13(2):761.

2. Costa, S. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F. Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: Letras Livres, UnB; 2008. p. 25-53.

3. Conselho Nacional de Saúde - Pagina Inicial [Internet]. conselho.saude.gov.br. [acesso em 2023 an 24]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comites-de-eticaem-pesquisa-conep?view=default

4. Monte FQ. Ética médica: evolução histórica e conceitos. Revista Bioética. 2010 Mar 1;17(3):407–28.

5. Garcia AV, Argenta CE, Sanchez KR, São Thiago ML de. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(3):811–34.

6. Mardock AR, Brasileiro TSA. A formação médica humanizada interior da Amazônia. Revista Ensino de Ciências e Humanidades - Cidadania, Diversidade e Bem estar. 2019 Jan 1; 2(2):248–81.

7. Santos RCSS, Conceição E. Malária: cobaias humanas no Amapá. Estação Científica (UNIFAP). 2011;1(2):143-150

8. Folha de São Paulo [homepage na internet]. Uso de cobaias humanas no Amapá causa horror, diz senador [acesso em 15 jan 2023]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u14130.shtml

9. Luz IM. A criminalização dos ensaios clínicos com seres humanos: carência e dignidade de tutela ou expansionismo penal? Revista Direito UNIFACS – Debate Virtual. 2014;176.

10. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União 12 dez 2012.

11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta resolução. Diário Oficial da União 07 abr 2016.

12. Souza AJA, Simonian LTL. Os desafios das políticas públicas de saúde na Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Amazonia Investiga. 2019. 8(24): 541-551.

13. Santos IO, Rabello RED, Corrêa RG, Melo GZ dos S, Monteiro ÂX. Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. Revista de APS [Internet]. 2021;24 suppl 1. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34823#:~:text=Observa%2Dse%20que%2C%20apesar%20da

14. Albuquerque AC de, Cesse EÂP, Felisberto E, Samico IC, Frias PG de. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35 suppl 2. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00065218

15. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(12).

16. Lima RTS, Fernandes TG, Martins Júnior PJA, Portela CS, Santos Junior JDO, Schweickardt JC. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021;26(6). Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021

17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Diário Oficial da União 9 mai 2014.

18. Ribeiro LG, Murta T. Vivências em Unidade Básica de Saúde Fluvial no Rio Negro, um relato de experiência. APS [Internet]. 2022;4(1):19-26. Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/190

19. Holanda MAF, Feitosa SF. A Pluralidade Sociocultural no Brasil e os Desafios para a Implantação das Políticas Públicas de Saúde. Rev Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2013;7(4):27–36.

20. Gil LP. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. Saúde e Soc. 2007;16(2):48–60.

21. Santos FSD dos. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. Vol. 6, História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2000. p. 919–39.

22. De Sousa IMC, Tesser CD. Traditional and complementary medicine in Brazil: Inclusion in the Brazilian unified national health system and integration with primary care. Cad Saude Publica. 2017;33(1):1–15.

23. Fidelis JC, De Carvalho LG. Inside the network: The circulation of knowledge and health practices in the Lower Amazon. Bol do Mus Para Emilio GoeldiCiencias Humanas. 2021;16(1):1–22.

24. Maués R, Alves P, Minayo M. Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia. Saúde e doença um olhar [Internet]. 1994. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1994[acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: http://books.scielo.org/id/tdj4g/pdf/alves-9788575412763-06.pdf

25. Barreto JPL. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. Amaz - Rev Antropol (online). 2017;9(2):594-612.

26. Melo AV, Sant’Ana GR, Bastos PRHO, Antônio L. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. Rev Bioética. 2021;29(3):487–98.

27. Santos ACG dos, Iamarino APM, Silva JB da, Zollner ACR, Constantino CF. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. Rev Bioética. 2017;25(3):603–10.

28. Gomes SC, Esperidião MA. Indigenous peoples’ access to health services in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2017;33(5).

29. Price R, Makasa E, Hollands M. World Health Assembly Resolution WHA68.15: “Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anesthesia as a Component of Universal Health Coverage”—Addressing the Public Health Gaps Arising from Lack of Safe, Affordable and Accessible Surgical and Anesthetic Services. World J Surg [Internet]. 2015 [acesso em 20 jan 2023];39(9):2115-25. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-015-3153-y

30. Tostes, MF do P, Covre ER, Fernandes, CAM. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016, 24: e2677.

31. Souza JE, Ferreirai RV, Saluja S, Amundson J, Citron I, Truche P, et al. Avaliação da capacidade cirúrgica do estado do Amazonas utilizando uma ferramenta de avaliação cirúrgica. Estudo transversal. Rev. Col. Bras. Cir. 2022;49: e20223368.

32. Góes Junior AM de O, Simões Neto JFA, Abib S de CV, de-Andrade MC, Ferraz TC. Trauma vascular na Amazônia: atualizando o desafio. Rev. Col. Bras. Cir. 2018;45(4).

EMANUELLE COSTA PANTOJA - Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Possui Residência em Clínica Médica pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Residente em Endocrinologia e Metabologia pela UEPA. Graduada em Medicina UEPA e em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA).

JOSÉ ANTONIO CORDERO DA SILVA - Docente do Mestrado e Doutorado de Ensino e Saúde na Amazônia e do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Doutor em Bioética e Ética em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com revalidação do título pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Educação na Saúde e também em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Graduado em Medicina na UFPA.

DOCENTES

ADRIANA SEIXAS COSTALONGA - Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia pela Faculdade de Medicina do ABC. Graduada em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

BRUNA PEREIRA CARVALHO SIRQUEIRA - Docente do Curso de Medicina da UFMA. Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Graduada em Enfermagem na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

CHARLES ALBERTO VILLACORTA DE BARROS - Docente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Docente de Habilidades Cirúrgicas do Curso de Medicina da UEPA. Doutorado em Ciências na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Graduado em Medicina na UEPA

EDSON YUZUR YASOJIMA - Docente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Docente de Habilidades Cirúrgicas do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da UEPA. Doutorado em Ciência Cirúrgica Interdisciplinar na Unifesp. Graduado em Medicina na UFPA

GUSTAVO LEOCÁDIO COELHO DE SOUZA - Docente do Curso de Medicina da UFMA. Residência médica em Cirurgia de Ombro e Cotovelo (Subespecialização de Ortopedia) pela Faculdade de Medicina do ABC. Graduado em Medicina na UFPA

MARISETH ANDRADE DE CARVALHO - Docente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental na UEPA. Graduada em Bacharelado em Estatística na UFPA

MARCUS VINICIUS HENRIQUES BRITO - Docente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Mestrado e Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela UNIFESP. Graduado em Medicina na UFPA

RUI SÉRGIO MONTEIRO DE BARROS - Docente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA. Docente de Habilidades Cirúrgicas do Curso de Medicina da UEPA. Doutorado em Ortopedia e Traumatologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduado em Medicina na UFPA

PÓS-GRADUADOS

ANA BEATRIZ PASSOS NUNES CARVALHO - Residência Médica em Clínica Médica pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Graduada em Medicina na UFPA

CAMILA MIRANDA ABDON - Mestre em Ciências da Saúde pelo Núcleo de Medicina Tropical (UFPA). Residência Médica em Endocrinologia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Graduada em Medicina na UFPA

FERNANDA LAREDO DOS SANTOS - Residência Médica em Endocrinologia no Hospital Estadual Ipiranga. Graduada em Medicina na UFPA

FERNANDO COSTA ARAÚJO - Mestre em Saúde na Amazônia na UFPA. Residência Médica em Endocrinologia na UFPA. Graduado em Medicina na UFPA

FIDERALINA AUGUSTA DA SILVA PAES - Residência Médica em Clínica Médica pela Santa Casa de Misericórdia do Pará (UEPA). Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Unifamaz)

HYANDRA GOMES DE ALMEIDA SOUSA - Graduada em Nutrição pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (UNISULMA). Pós-Graduada em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

LUCIENE DOS SANTOS PAES - Residência Multiprofissional Estratégia Saúde da Família (UEPA). Graduada em Enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA)

MARCELO VIEIRA CORRÊA - Mestrado em Medicina (Endocrinologia Clínica) pela UNIFESP. Residência Médica em Endocrinologia no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Medicina na UEPA

QUERLY OLIVEIRA SILVA - Especialista em Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia no Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Educação de Bacabal (FEBAC). Graduada em Enfermagem pela UEMA

RENATA AYRES DE ABREU DÓRIA - Mestrado em Aquicultura e Recursos Aquáticos Tropicais na Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA). Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas no IFPA

SABRINA BRABO DE ARAÚJO CARVALHO - Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental na UEPA. Graduada em Odontologia na UFPA

SÉRGIO ANTÔNIO BATISTA DOS SANTOS FILHO - Residência Médica em Neurologia Clínica no Hospital Ophir Loyola. Graduado em Medicina na UEPA

THAIS DE OLIVEIRA CARDOSO BRANDÃO - Preceptora de Atenção Básica à Saúde no Curso de Educação Física pela Unifamaz. Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela UEPA. Graduada em Licenciatura Plena em Educação Física na UEPA

THAIS MARTINS NOVAES - Residência Médica em Clínica Médica na UFPA. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no CESUPA. Graduada em Medicina na UEPA

PÓS-GRADUANDOS

ANNY CAROLINE OLIVEIRA DE OLIVEIRA - Mestranda em Biotecnologia na Universidade Federal do Tocantins (UFT). Graduada em Bacharelado em Biomedicina com ênfase em Análises Clínicas no Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP)

BARBARA CRISTINA BALDEZ VASCONCELOS - Mestranda em Doenças Tropicais na UFPA. Graduada em Medicina na UEPA

GRADUANDOS/GRADUADOS

ANA CLARA ARAÚJO DOS SANTOS - Discente da UFPA. Curso de Biomedicina

ANDRÍCIA DE JESUS DE MELO E SILVA - Graduada em Medicina pela UEPA

ARTHUR FERREIRA GARCIA - Discente da UFMA. Curso de Medicina

BEATRIZ ANDRADE VASCONCELOS - Discente da UFMA. Curso de Medicina

CAMILLA CRISTINA PEREIRA LEITÃO - Graduada em Medicina pela UEPA

ESTHERFANNY DA NÓBREGA PINHEIRO - Graduada em Medicina pela UEPA

FELIPE KIYOSHI YOSHINO - Graduado em Engenharia Elétrica na UFPA. Discente da UFPA. Curso de Medicina

GABRIEL BORBA RODRIGUES DA SILVA - Discente da UFMA. Curso de Medicina

GABRIELA DE PINHO DOMINGUES - Graduada em Medicina pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA)

GIOVANA SILVA CORREA REIS - Graduada em Medicina pela UEPA

LARISSA BRABO COLLYER CARVALHO - Discente da Unifamaz. Curso de Medicina

LETÍCIA VITÓRIA ARAUJO COSTA - Discente da Unifamaz. Curso de Medicina

LIVIO MELO BARBOSA - Discente da UFMA. Curso de Medicina

MARÍLIA DE JESUS DA COSTA SÁ PEREIRA - Discente da Unifamaz. Curso de Medicina

TARCIZA FERNANDES NASCIMENTO - Graduada em Licenciatura em Ciências Naturais com Habilitação em Química pela UFMA

BIOÉTICA EM CIRURGIA NA AMAZÔNIA:

CONCEITOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2023

BIOÉTICA EM CIRURGIA NA AMAZÔNIA:

CONCEITOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2023